



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ano letivo 2014/2015 - 4º Ano

Autor: Lividson Andrade Da Luz, N.º 2602

Mindelo, Novembro 2015

A Enfermagem Orto-pediátrica e o pé boto

Discente:

Lividson Andrade da Luz nº 2602

Orientadora:

Enf.^a Romana Lima Évora Flores Roque

Trabalho apresentado à Universidade do Minelo como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Índice

Problemática e Justificativa	12
CAPÍTULO I: Enquadramento Teórico	16
1. Anatomia do membro Inferior/ Pé	17
1.1. O pé boto.....	20
1.1.1. Etiologia do Pé boto	21
1.1.2. Anatomia Patológica do Pé boto	22
1.2. Tratamento	23
1.2.1. Tratamento Cirúrgico	23
1.2.2. Tratamento Conservador	24
1.3. Classificação do pé boto	29
1.3.1. Classificação de Pirani	29
1.3.2. Classificação de Diméglio	30
1.4. Assistência/Intervenções de Enfermagem	32
1.4.1 Cuidados Centrados na Família	33
1.4.1. Cuidados de Enfermagem à criança com pé boto	36
1.4.2. Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) e Intervenções de Enfermagem (NIC) à uma criança com pé boto.	39
1.5. Teorias de Enfermagem	44
1.5.1. Betty Neuman	44
1.5.2. Propósitos do Modelo dos Sistemas	45
1.5.3. Modelo dos Sistemas adaptado ao contexto da criança com pé boto.	46
Capítulo II: Fase Metodológica	47
2. Percurso Metodológico	48
2.1. Tipo de estudo	48
2.2. Instrumento de colheita de dados.....	49
2.3. Local do estudo	50
2.4. Participantes do estudo.....	51
2.6. Tratamento de dados	52
Capítulo III: Fase Empírica	53
3. Caracterização Geral dos entrevistados	54
3.1. Análise dos dados das entrevistas as mães das crianças com pé boto.	55

Considerações Finais	66
Recomendações/Sugestões	68
Referencias Bibliográficas	69
Apêndice I – Cronograma do Trabalho	71
Apêndice II - Guião de entrevista	72
Apêndice III – Consentimento informado	74
Apêndice IV – Requerimento	75

Índice de figuras

Figura (1): Morfologia do pé: Vista Superior	17
Figura (3): Articulação do tornozelo: Vista Posterior	18
Figura (4): Músculos da perna e pé: vista lateral	19
Figura (2): Movimentos do pé	20
Figura (5): Exemplos de casos de crianças com pé boto	22
Figura (6): Cronologia dos principais criadores do tratamento do pé boto.	25
Figura (7): Exemplos de aparelhos gessados	27
Figura (8): Exemplos de órtese utilizadas no tratamento de Ponseti	29
Figura (9): Representação da classificação Pirani.	30
Figura (10): Classificação de Diméglio para o pé boto	30

Índice de quadros

Quadro (1): Dados estatísticos 2012-2014	14
Quadro (2): Descrição dos músculos de acordo com o movimento do pé.	19
Quadro (3): Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) à uma criança com pé boto.	40
Quadro4): Intervenções de Enfermagem (NIC) à uma criança com pé boto.	42
Quadro (5): Caracterização das Mães	55

Dedicatória

Dedico o presente trabalho, fruto de esforços e conhecimentos adquiridos durante estes 4 anos do curso de licenciatura em Enfermagem, primeiramente a minha família sem o qual a realização deste projeto pessoal não seria possível, e também dedico-o a todos os utentes aos quais tive a oportunidade de prestar cuidados de saúde enquanto estudante de Enfermagem e futuro profissional de saúde.

Este trabalho consiste, de certa forma, num tributo às crianças nascidas com pé boto e um auxílio às mães e outros familiares dessas crianças, e constitui um meio para aquisição de conhecimento sobre o fenómeno estudado, para os estudantes e profissionais da área da saúde.

Agradecimentos

Agradeço a minha família, por ter-me tornado na pessoa que sou hoje e no profissional em que estou preste a formar-me, nomeadamente o meu pai e a minha mãe, que todos os esforços fizeram para o pagamento das propinas e o suprimento de outras necessidades.

A minha professora e orientadora Enf.^a Romana Flores que em muito ajudou-me na realização desta monografia e a todas as outras pessoas que ajudaram-me na realização deste trabalho, principalmente a Enf.^a. Célia Sousa. Agradeço a Deus, pela vida, saúde e motivação dispensada durante estes 4 anos.

Agradeço também a Câmara Municipal de São Vicente e a pessoa do Senhor Presidente, pela ajuda com o pagamento das propinas durante o curso.

A Universidade do Mindelo, aos docentes e ao Magnífico Reitor, que sempre mostraram próximos dos discentes, procurando sempre a compreensão dos apelos de cada um e ajudando mediante a possibilidade.

Agradeço também aos amigos e colegas feitos durante este percurso e espero que sejamos capazes de estender essas amizades a nossa futura vida profissional.

A todos do fundo do meu coração um MUTISSIMO OBRIGADO.

Resumo

A realização da presente investigação constituiu um grande desafio visto que o fenómeno abordado trata-se de um tema ainda pouco explorado na área de enfermagem a nível mundial e consequentemente em Cabo Verde. A escolha deste tema deve-se ao fato do pé boto ser uma patologia congénita, de causas ainda indeterminadas e portanto exige certos cuidados por parte da enfermagem, sendo necessário conhecimentos sólidos nessa área, que permitam prestar os cuidados adequados, ajudando desse modo na identificação e diagnóstico precoce da doença, uma vez que, o pé boto quando não tratado ou negligenciado resulta em limitações e incapacidades físicas para a criança doente. Seguindo esses pressupostos elaborou-se o presente trabalho que tem por objetivo, conhecer a perceção das mães sobre os cuidados de Enfermagem prestados às crianças com pé boto, no Serviço de Orto-Traumatologia do Hospital Baptista de Sousa. Para alcançar o objetivo preconizado utilizou-se como abordagem metodológica a metodologia qualitativa de carácter descritivo e fenomenológico e como instrumento de recolha de dados a entrevista estruturada que foi aplicado a seis (6) mães de crianças com pé boto. Desta pesquisa constata-se que o enfermeiro detém uma importante função na assistência e prestação de cuidados às crianças com pé boto e suas famílias, visto ser o profissional de saúde que está mais próximo dos utentes prestando os cuidados adequados as suas necessidades. Os enfermeiros também possuem grande importância na assistência aos familiares das crianças com pé boto, oferecendo-lhes as informações adequadas sobre a patologia e capacitando-os a cuidar da criança durante o longo tratamento. Com a análise dos dados colhidos pode-se concluir que as mães das crianças com pé boto, não estão satisfeitas com as intervenções de enfermagem prestadas aos filhos.

Palavras-chave: Pé boto; Métodos de tratamento; Intervenções de enfermagem.

Abstract.

The realization of this research is a major challenge since the approached phenomenon it is a subject still little explored in nursing worldwide and consequently in Cape Verde. The choice of this theme is due to the fact that the clubfoot be a congenital pathology of still undetermined causes, and therefore requires some care from nurses, requiring sound knowledge in this area, enabling provide appropriate care, thereby helping to identify and early diagnosis of the disease, since the clubfoot when untreated or neglected results in physical limitations and disabilities for the sick child. Following these assumptions was drawn up this work which aims, knowing the perception of mothers on nursing care for children with foot button in Orto-traumatology Hospital Baptista de Sousa Service. To achieve that goal it was used as a methodological approach to qualitative methodology descriptive and phenomenological character and as structured interview data collection instrument was applied to six (6) mothers of children with clubfoot. From this research it appears that the nurse has an important role in assistance and care to children with foot button and their families, as it is the health professional who is closer to the users providing the proper care of your needs. Nurses also have great importance in assisting the families of children with clubfoot by offering them adequate information about the disease and empowering them to care for the child during the long treatment. With the analysis of the data collected can be concluded that mothers of children with foot button, are not satisfied with the nursing interventions provided to children.

Keywords: Clubfoot; Methods of treatment; Nursing interventions.

Siglas e Abreviaturas

HBS – Hospital Batista de Sousa.

CSRBV - Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista.

TCC – Trabalho de Conclusão do Curso

PTCC – Projeto do Trabalho de Conclusão do Curso

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UCLA – Universidade Califórnia de Los Angeles

S.A – Ilha de Santo Antão

S.V – Ilha de São Vicente

S.N – Ilha de São Nicolau

Introdução

A pesquisa, que ora se apresenta, surge no âmbito do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado à Universidade do Mindelo no decurso do ano letivo 2014/2015, para a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem, intitulado “A Enfermagem Ortopediátrica e o pé boto”.

A decisão para desenvolver uma investigação, abordando o referido tema, deve-se ao facto desta pesquisa constituir uma oportunidade para desenvolver e aprofundar conhecimentos teóricos e científicos sobre o pé boto, uma vez que a referida temática ainda é pouco explorada no contexto da enfermagem, quer a nível nacional como internacional.

Outro fator que motivou a escolha do tema foi a realização dos vários ensinamentos clínicos durante estes 4 anos da licenciatura, havendo sempre, motivação pessoal para as áreas de Ortopedia e Pediatria e que de certa forma motivaram e motivam a realizar o presente trabalho (TCC), objetivando uma melhor compreensão do fenómeno a ser estudado, o pé boto.

O estudo tem como propósito conhecer a satisfação das mães de crianças com pé boto e compreender como os Enfermeiros podem contribuir para a identificação, diagnóstico e tratamento duma criança com pé boto objetivando o ótimo bem-estar da criança e a satisfação do sistema familiar.

Esta monografia encontra-se estruturada em três fases ou capítulos, em que no Capítulo I apresenta-se o enquadramento teórico, fruto da revisão da literatura abordando questões relativamente ao pé boto tais como a definição, a etiologia, os métodos de tratamento e as intervenções de Enfermagem.

No Capítulo II concebe-se o desenho metodológico, apresentando a tipologia e a abordagem metodológica utilizados para a elaboração do trabalho. E no Capítulo III desta investigação faz-se a apresentação e análise dos dados colhidos através das entrevistas, onde procura-se responder a pergunta de partida e também alcançar os objetivos propostos para esta investigação.

Ainda é de referir que as normas e as regras formatação, utilizadas neste trabalho foram disponibilizadas na disciplina de Seminários avançados de enfermagem e também procurou-se seguir a segunda edição do Guia para Investigar e Redigir do Dr. Albertino Graça, reitor desta universidade. Objetivando uma melhor organização, apresentação e compreensão desta investigação.

Problemática e Justificativa

Atualmente tem-se verificado melhorias nas políticas e nos cuidados praticados pelo sistema nacional de saúde e este facto pode ser comprovado nas diversas áreas da saúde em Cabo Verde, como é o caso da Ortopedia Pediátrica. Pelo que, segundo dados do Relatório Estatístico do Ministério da Saúde da República de Cabo Verde de 2011, a taxa de mortalidade infantil foi de 23 óbitos/1.000 nascidos vivos.

Com a implementação de novas políticas e melhores cuidados para com as gestantes e recém-nascidos, a alta taxa de mortalidade deixou de ser um grave problema para o sistema nacional de saúde, surgindo deste modo novos problemas e desafios, como é o caso das más formações congénitas, e conforme o Relatório Estatístico do Ministério da Saúde da República de Cabo Verde de 2011, constituíram a causa de 34 óbitos no ano de 2011.

O pé boto é uma má formação congénita, que apesar de não consistir uma causa para a taxa de mortalidade, também constitui um desafio para o sistema nacional de saúde cabo-verdiano. A razão que conduz a presente investigação é o facto do pé boto ser uma patologia congénita sem causa aparente identificada e de carácter potencialmente incapacitante ou invalidante para o indivíduo que a apresenta, se este não receber os cuidados específicos e no tempo adequado.

E para contornar estas características da patologia, deve-se contar com a identificação precoce do fenómeno e encaminhar a criança para as estruturas de saúde para avaliação do caso e iniciar logo que possível o tratamento do pé boto, sendo que, estes são os aspetos que contribuem para o sucesso do tratamento e na garantia do bem-estar da criança e dos seus familiares.

Portanto, o enfermeiro tem de saber reconhecer a doença, fazer uma prévia avaliação e encaminhar a criança à consulta de Orto-Traumatologia. Este despiste e avaliação da doença por parte do enfermeiro podem ser realizados nas enfermarias da Maternidade, nos centros de saúde ou nos postos sanitários.

Depois da identificação e diagnóstico da doença, inicia-se uma outra fase que serão os cuidados de enfermagem a serem prestados a essas crianças no serviço de Orto-Traumatologia do HBS e no centro de reabilitação infantil no CSRBV (Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista), exigindo do enfermeiro conhecimentos e experiência relacionados com o pé boto, uma vez que, esses cuidados terão que ser diferenciados,

personalizados e individualizados à situação que cada criança apresenta e também ao contexto familiar.

São nestas duas etapas do processo do cuidar de uma criança com pé boto, a identificação e o tratamento, que advém a preocupação relativamente ao fenómeno que é conhecer qual a satisfação das mães de crianças com pé boto, face ao contributo da enfermagem, para o alcance do ótimo bem-estar e a garantia duma melhor qualidade de vida para a criança com pé boto e o seu sistema familiar.

Tratando-se o utente de uma criança, e neste, como em qualquer outro processo do cuidar envolvendo menores é um direito imprescindível o acompanhamento familiar como dita os artigos 9 e 2 da Convenção sobre os Direitos da Criança da UNICEF (2003, p.8) e da carta dos direitos da criança hospitalizada (1996) respetivamente, e que devido aos traços socioculturais do nosso país, esse acompanhante é quase sempre representado pela figura feminina, as mães.

Logo, o enfermeiro para além de cuidar da criança enferma, deve estar ao mesmo tempo habilitado para apoiar, confortar e dar indicações às mães para que elas se auto ajudem e contribuem na recuperação da criança e na garantia de uma melhor qualidade de vida e bem-estar dos filhos.

Com recurso a informações recolhidas junto ao Ortopedista e diretor do serviço de Orto-Traumatologia do Hospital Baptista de Sousa, o Dr. Rodrigues T., e segundo dados do relatório trianual do projeto de despiste e tratamento do pé boto, uma parceria Hospital Dr. Baptista de sousa, Rotary clube do Mindelo e o Rotary clube de Tournai-trois lys da Bélgica, elaborado com informações dos anos 2012 a 2014, em termos numéricos e estatísticos estima-se que são verificados 6 casos de crianças com pé boto por ano nas ilhas de Barlavento, constituindo assim um problema de saúde pública.

Se os casos supracitados não forem precocemente identificados e depois tratados, verificar-se-á que num curto período de tempo de pelo menos 10 anos, ter-se-ia mais ou menos 60 crianças fisicamente incapacitadas, situação esta que prejudicaria a vivência dessas crianças, (informação verbal)¹. Confirmando Nogueira (2011, p.18), que “ o recém-nascido geralmente apresenta a deformidade ao nascer, e se não tratado, resulta numa deformidade estigmatizante e altamente limitante das funções do pé”.

Portanto a consciencialização e capacitação dos profissionais de saúde para esta problemática e para a sua identificação o mais cedo possível torna-se um aspeto de extrema

¹ Dr. Rodrigues T. - Ortopedista HBS

importância a ter em conta para o êxito do tratamento e para uma melhor abordagem aos familiares. Conforme Ponseti (2005, p.24), atualmente “estima-se que no mundo, aproximadamente 100.000 crianças nascem todo ano com pé boto, sendo 80% destas crianças em países em desenvolvimento, com inadequados recursos médicos e cirúrgicos”.

Ainda, segundo o mesmo autor, “as consequências humanas para uma situação de pé boto não tratado ou negligenciado são várias, por exemplo um indivíduo com pé boto terá menor probabilidade de se casar, constituir uma família e de ter um emprego digno ou de sonho”. Isto é, seria um indivíduo com menos oportunidade de educação e de trabalho, em relação a outros indivíduos saudáveis, constatando que pessoas com a deformidade possuem desvantagens sociais e económicas.

Portanto, “a criança com pé boto negligenciado está condenada à incapacidade, dependência, desmoralização, depressão e segregação” (*Ibidem*). Com isto verifica-se que brincar, correr e realizar pequenas atividades da vida diária são tarefas difíceis para a criança com pernas mutiladas pela doença. Contudo, apesar dessas crianças possuírem limitações músculo-esqueléticas, elas geralmente são crianças sem limitações intelectuais e podem integrar normalmente a vida académica.

Mas, conforme o mesmo autor “menos de 2% das crianças com incapacidades estão na escola em países em desenvolvimento, em que, quanto mais difícil é a marcha é menos provável que as crianças estejam na escola”.

Abordando a realidade do fenómeno do pé boto em Cabo Verde, mais precisamente nas ilhas de Barlavento, foram verificados os seguintes dados estatísticos referentes aos anos de 2012-2014.

Quadro (1): Dados estatísticos 2012-2014

	Número de Casos	Sexo		Diagnóstico pé boto		Origem/Proveniência			
		F	M	Unilateral	Bilateral	S.A	S.V	S.N	Sal
Ano 2012	7	2	5	6	1	4	2	1	0
Ano 2013	6	3	3	5	1	1	2	0	3
Ano 2014	4	1	3	2	2	0	2	2	0

Fonte: Elaboração própria a partir de dados colhidos no serviço de Orto-traumatologia do HBS.

A problemática e as consequências do pé boto infelizmente não repercutem somente na vida da criança acometida pela doença, como também na vida de seus familiares, nomeadamente as mães, confirmando Ponseti (2005, p.24) que, “a carga de cuidados da criança incapacitada recai sobre a mãe, que tem menos tempo para os cuidados com outros filhos e para as atividades domésticas e económicas”.

Logo, quando se depara com tais situações há que procurar a melhor forma de ultrapassá-las com o menor custo e desgaste emocional possível, procurando não desestruturar ou interferir com o meio envolvente, contando sempre com a supervisão e o auxílio dos profissionais da saúde. E a enfermagem revela-se a peça chave para o sucesso desse processo, sendo os Enfermeiros, os profissionais de saúde que mais próximos permanecem dos utentes e seus familiares servindo de elo de ligação destes com os outros profissionais e com as estruturas de saúde.

Com o exposto, demonstra-se assim a importância e pertinência deste tema para que se possa conhecer um pouco mais sobre a realidade do pé boto em Cabo verde, entender a relação entre a Enfermagem e este fenómeno e principalmente aperceber-se da real situação vivenciada pelos principais intervenientes deste processo, as crianças com pé boto e as mães.

Assim sendo, esta investigação será orientada pela seguinte Pergunta de Partida: Qual a satisfação das mães face as intervenções de Enfermagem a crianças com pé boto no Serviço de Orto-Traumatologia do Hospital Baptista de Sousa?

Para se dar resposta à pergunta de partida, definiu-se o seguinte objetivo geral: Conhecer a perceção das mães sobre os cuidados de Enfermagem prestados às crianças com pé boto, no Serviço de Orto-Traumatologia do Hospital Baptista de Sousa.

Para ajudar a responder a pergunta de partida e atingir o objetivo geral, foram determinados como objetivos específicos:

- Demonstrar o grau de conhecimento das mães de crianças com pé boto sobre a referida patologia.
- Indicar os sentimentos das mães decorrentes do diagnóstico de pé boto aos filhos.
- Conhecer a satisfação das mães/família perante os cuidados de Enfermagem prestados a criança com pé boto.
- Identificar os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem à criança com pé boto.

CAPÍTULO I: Enquadramento Teórico

Devido a complexidade e pouco conhecimento do fenómeno pé boto, torna-se imprescindível e de grande importância para a elaboração deste trabalho, compreender todos os aspetos, definições e conceitos ligados ao mesmo, objetivando melhor entendimento e compreensão do estudo, sendo necessário uma noção clara da anatomia e funcionalidade do pé e das estruturas anatómicas adjacentes, uma vez que é em torno destas estruturas que se realiza o diagnóstico e o tratamento da doença.

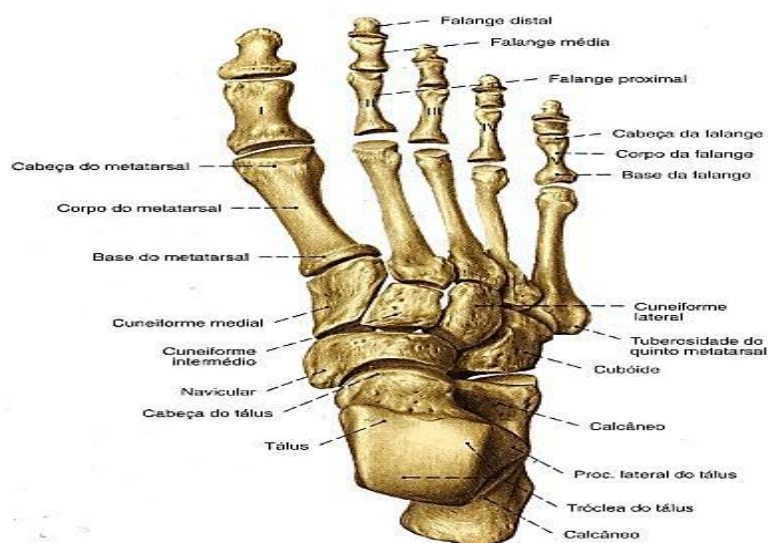
Logo, esta etapa do trabalho consiste na revisão bibliográfica sobre o fenómeno em estudo, descrevendo a anatomia do membro inferior, a anatomia patológica, os métodos de tratamento, os meios de classificação, bem como as intervenções de enfermagem ao pé boto.

1. Anatomia do membro Inferior/ Pé

O membro inferior é responsável pela deslocação do ser humano e é uma estrutura complexa composta pela pelve óssea, coxa, perna e pelo pé.

O pé, por sua vez é uma estrutura constituída por 26 ossos, pelos ligamentos que os unem e pelos tendões e músculos responsáveis pela sua atividade. Devendo todas as partes, apresentar bom posicionamento e funcionamento, de modo a desempenhar as suas funções: suportar o peso do corpo, promover o equilíbrio dinâmico e estático, movimentar e particularmente ajustar a qualquer superfície.

Figura (1): Morfologia do pé: Vista Superior



Fonte: Flores (2014)

As articulações também intervêm na realização das funções e dos movimentos do pé. Das várias articulações do pé destaca-se o tornozelo que “é uma estrutura complexa, formado por três ossos (tíbia, fibula e astrágalo) e os diferentes ligamentos, sendo concebido para absorver as forças dos passos, apoiar e impulsionar o corpo na direção frontal” (Flores, 2014, p.6).

Figura (2): Articulação do tornozelo: Vista Posterior



Fonte: Flores (2014).

Para além do tornozelo “ existem várias articulações: a articulação tibiotársica (entre a tíbia e o astrágalo); subtalar (entre o astrágalo e o calcâneo); e a articulação astrágalo-calcâneo-navicular (entre o tálus, calcâneo e o navicular) ” (Flores, 2014, p.7).

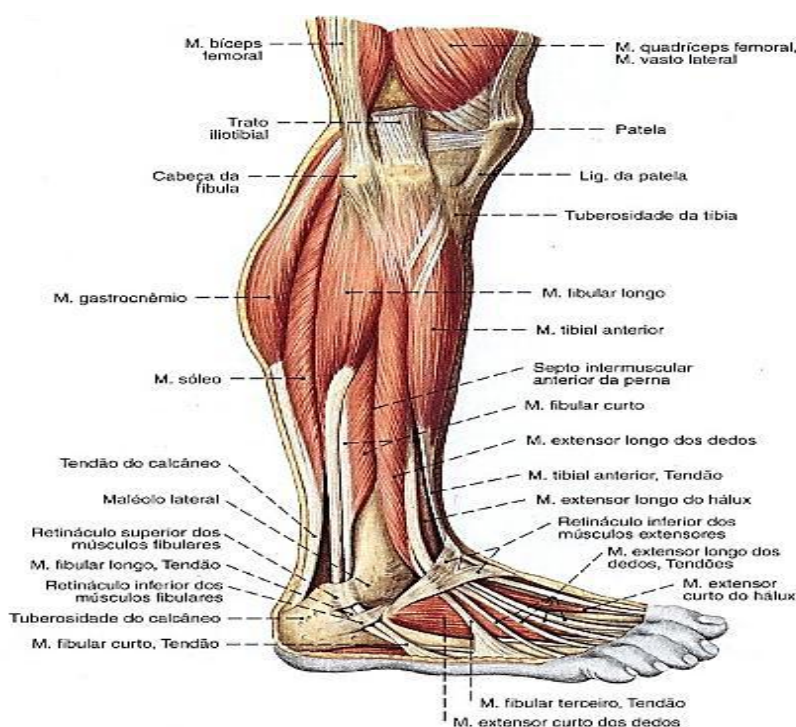
Conforme a mesma autora, “ o corpo humano é um sistema bastante complexo, e é necessário uma ligação sincronizada entre as diferentes partes do membro inferior, para se obter uma coordenação perfeita do movimento, em particular no andar”.

Por sua vez, os músculos também possuem um papel importante neste sentido, e a perna contém os principais músculos responsáveis pelo movimento e pelas funções do pé. Os músculos da perna dividem-se em anteriores (tibial anterior, extensor longo do hálux e extensor longo dos dedos) e posteriores, que são subdivididos em dois grupos: superficiais

(gastrocnêmios, sóleo e plantares) e profundos (Flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos, tibial posterior e poplíteo).

Contudo, apesar desta divisão todos “os músculos atuam em conjunto quando se executa qualquer movimento, sendo os músculos tibiais, gastrocnêmios e peroniais, os principais responsáveis pela locomoção humana” (Flores,2014, p.7).

Figura (3): Músculos da perna e pé: vista lateral



Fonte: Flores (2014).

Segundo Flores (2014, p.9), “os músculos da perna possuem funções concretas de acordo com a sua localização. Os do setor anterior são responsáveis pela flexão dorsal e inversão do pé, enquanto os do setor lateral estão envolvidos na eversão do pé e o setor posterior estão encarregues da flexão plantar”

Quadro (2): Descrição dos músculos de acordo com o movimento do pé.

Músculos	Movimento
Tibial Anterior	Flexão Dorsal, Inversão
Tibial Posterior	Flexão Plantar, Inversão
Gastrocnêmios Lateral	Flexão Plantar

Gastrocnêmios Medial	Flexão Plantar
Peronial Longo	Eversão, Flexão Plantar
Sóleo	Flexão Plantar

Fonte: Elaboração própria

Como retratado no quadro (2), os principais músculos da perna contribuem para a execução dos movimentos essenciais do pé: flexão plantar, flexão dorsal, inversão, eversão, supinação e pronação.

Sendo a supinação “um conjunto dos diferentes movimentos do pé, ou seja, é uma combinação de inversão, flexão plantar e adução, enquanto a pronação é o inverso, é uma combinação de eversão, flexão dorsal e uma ligeira abdução” (Flores 2014, p.9)

Figura (4): Movimentos do pé



Fonte: Adaptado, Flores (2014).

1.1. O pé boto

Após pequena e rápida revisão sobre a anatomia e funcionalidade do membro inferior, passa-se agora, a inserir precisamente na patologia em estudo e que acomete esta parte do corpo humano. Como referencia Ponseti (2005, p.4), “estima-se que nascem cerca de 100.000 crianças com pé boto por ano em todo o mundo, 80% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento” e portanto a maioria desses casos não são tratados ou são tratados de forma inadequada.

Conforme Maranhão, Augusto e Volpon (2011, p.16), o pé boto congênito “é definido como uma deformidade caracterizada por mau alinhamento complexo do pé que envolve partes moles e ósseas, com deformidade em equino e varo do retro pé, cavo e

adução do médio e ante pé”. Do mesmo modo Silveira (2005, p.180), confirma que “o pé boto consiste na associação do varus (pé que assenta pelo seu bordo externo), com equinismo (pé que se apoia pela extremidade distal) e em rotação interna ou adução, ou seja é um pé verticalizado e rodado, com a porção plantar virada para dentro”.

Assim sendo, esta patologia pode ser associada a diversas anomalias, e pode ser classificada em quatro tipos diferentes.

Pé boto posicional - é um pé normal mas que adquiriu uma posição errada ainda no útero, possuindo alinhamento ósseo normal, o pé é normalmente corrigido, com técnicas razoavelmente simples de manipulação e estimulação; Pé boto teratológico - está associado a distúrbios neurológicos, tais como a espinha bífida; Pé boto sindrômico - está relacionado com determinadas síndromes genéticas, como é o caso da artrogripose; Pé boto idiopático (congénito) - apresenta uma deformidade óssea a nascença, não estando associado a qualquer causa neuromuscular ou síndrome, presentemente sem qualquer causa conhecida (Flores, 2014, p.10)

1.1.1. Etiologia do Pé boto

São várias as teorias que tentam esclarecer a etiologia desta patologia, Davies (1964, *apud* Flores, 2014, p.10) indica as seguintes: “deficiências vasculares, posicionamento do embrião no útero, inserções muscular anormais e fatores genéticos, sendo este último o mais aceite, existindo estudos que evidenciam a origem genética, particularmente em casos de elevada incidência familiar e em gémeos idênticos”.

Já Parker, Mai, Strickland, Olney, Rickard, Marengo, Wang, Hashmi, Meyer e Netw (2009, *apud* Flores, 2014, p.10) afirmam que, “fatores ambientais, tais como exposição ao fumo do tabaco parecem ser um fator bastante importante no desenvolvimento desta patologia”, uma vez que “um estudo verificou o aumento da incidência de pé boto nas crianças filhos de pais fumadores” (Honein, Paulozzi e Moore, 2000, *apud* Flores, 2014, p.10).

Com a causa do pé boto ainda desconhecida, para além das teorias supracitadas, também foram propostas outras para elucidar a origem do fenómeno, entre as quais, a “compressão mecânica intra-uterina, paragem no desenvolvimento fetal; infeções virais, deficiências vasculares; alterações musculares; alterações neurológicas; defeito no desenvolvimento das estruturas ósseas e defeitos genéticos” (Maranho, Augusto e Volpon, 2011, p.164).

Das teorias referidas anteriormente, aquelas que abordam a perspetiva dos fatores genéticos revelam-se determinantes para a causa/etiologia do pé boto. Conforme os autores

supracitados (2011, p.16), “ainda que o pé boto seja uma das deformidades congênitas mais comuns dos membros inferiores, ainda existe controvérsias em relação à sua etiologia e ao tratamento”.

1.1.2. Anatomia Patológica do Pé boto

As crianças com esta patologia apresentam alterações anatómicas diversas, nomeadamente menor comprimento dos tendões do pé e da perna, a morfologia dos membros inferiores é alterada, tanto a nível dos ossos como músculos (Ponseti, 2005).

Os músculos mais afetados são o sóleo e gastrocnémio, possuem um aspeto mais pequeno e um pouco atrofiado. É de realçar que tais modificações não são consequências do tratamento mas sim da própria patologia, tendo como componentes básicos da deformidade, o equino, o varo, o cavo e o aducto.

Para Staheli (1998, *apud* Flores, 2014, p.11),

na deformidade de equino, o pé encontra-se em flexão plantar, ocorrendo principalmente a nível da articulação tibiotársica. Em relação ao varo, esta deformidade ocorre a nível da articulação subtalar com o calcâneo, de modo que a face plantar fique voltada para o lado medial. No componente cavo existe uma flexão plantar do ante pé em relação ao retro pé. E por fim a componente de adução é um desvio medial do ante pé.

Seguindo o mesmo raciocínio, Windisch, Anderhuber, Haldi-Brandle e Exner (2007, *apud* Flores, 2014, p.11) referem que,

os constituintes da anatomia óssea do pé envolvidos nesta deformidade são o tálus, o calcâneo, o cubóide, o navicular e as correspondentes articulações. Alguns estudos apontam para que a parte posterior do pé seja o fator principal desta patologia porque nestes casos, possui um tamanho muito inferior ao normal.

Figura (5): Exemplos de casos de crianças com pé boto



Fonte: Rodrigues (2015).

1.2.Tratamento

Apesar da incidência do pé boto ser relativamente alta, o tratamento é desafiador, pois objetiva a obtenção dum pé funcional, flexível, plantígrado, indolor e com resultados permanentes. Desde dos primeiros casos clínicos desta patologia que o seu tratamento foi sempre iniciado com técnicas conservadoras, passando para técnicas cirúrgicas quando os primeiros métodos falhavam, o que era bastante recorrente na época.

Atualmente, os métodos cirúrgicos foram totalmente substituídos pelos métodos conservadores, evitando ao máximo as intervenções cirúrgicas, tornando um consenso que o método de eleição para o tratamento do pé boto deve ser sempre conservador e deve ser iniciado logo após o nascimento.

1.2.1.Tratamento Cirúrgico

O objetivo principal do tratamento do pé boto é providenciar uma correção a longo-prazo dos componentes básicos da deformidade, sem necessidade de cirurgias, o que nem sempre foi assim. Portanto, Segundo Flores (2014, p.12),

o tratamento cirúrgico do pé boto pode corrigir a deformidade e dar ao paciente um pé que parece normal e funcional. No entanto, vários estudos a longo prazo têm demonstrado que os resultados do tratamento cirúrgico não são tão bons quanto se pensava inicialmente. Com o tempo, os pés tratados cirurgicamente tornavam-se dolorosos, muito rígidos e mostravam fraqueza e alterações artríticas.

Ao longo dos tempos foram vários os métodos empregados para a realização dos tratamentos cirúrgicos do pé boto, nomeadamente os seguintes:

Método Turco: “este método ficou popularizado em 1970, e consiste numa cirurgia de liberação de tecidos moles, isto é, uma liberação medial da articulação subtalar do tornozelo e da articulação talo navicular” (Dobbs e Gurnet, 2009, *apud* Flores, p.13).

Método Goldner: “o método centra-se numa importante deformidade, na rotação interna do tálus da articulação do tornozelo. A correção envolve o alongamento do deltóide com extensa liberação medial e reconstrução da articulação talo navicular medial e lateralmente, evitando a articulação subtalar” (Simons, 1994, *apud* Flores, 2014, p.13)

Método Carrol: segundo Canale, Campbell e Beaty (2008, *apud* Flores, 2014, p.13), Carrol acreditava que o tálus encontrava-se externamente voltado na articulação do tornozelo,

assim com este método tenta-se uma libertação circunferencial e rotação através da articulação subtalar para correção equino e varo do pé, preservando o ligamento interósseo talo calcaneano. Deste modo utilizam-se duas incisões, uma incisão curvilínea media e uma incisão póstero-lateral, permitindo a exposição plantar, lateral, medial e posterior.

Método McKay: segundo os mesmos autores este método,

apresenta algumas semelhanças com o método de Carrol, no entanto discordam no que se refere à posição do tálus, afirmando que o tálus está em alinhamento neutro. Deste modo a intervenção é feita de modo a obter uma libertação parcial, e às vezes completa no ligamento interósseo talo calcâneo e focando-se na correção da rotação horizontal e deslocamento lateral/ equino do calcâneo.

Método Simons: “as alterações translacionais serão bruscas, havendo uma libertação circunferencial extensiva da articulação subtalar, bem como dos ligamentos interósseo do talo calcâneo e calcâneo” (Simons, 1994, *apud* Flores, 2014, p.13).

À la carte/Bensahe: para Dobbs e Gurnett (2009, *apud* Flores, 2014, p.14),

esta abordagem tentou obter uma boa correção do pé boto. Foi adotada por muitos cirurgiões, pois, seguiam as preferências individuais do médico, com o pensamento que o pé é diferente conforme a patologia, por isso necessitaria de uma modificação da técnica cirúrgica, havendo muitas das vezes uma combinação das diferentes técnicas cirúrgicas de modo a obter o melhor resultado para determinado profissional

Método da Deformidade Recorrente: como dizem Ettl, Kirschner, Krauspe e Raab (2009, *apud* Flores, 2014, p.14) “as deformidades mais comuns, quando se torna recorrente são a adução e supinação do ante pé. Geralmente devido a inadequadas correções, como por exemplo falha na libertação conjunta do calcâneo, ou desconhecimento da adução do ante pé”.

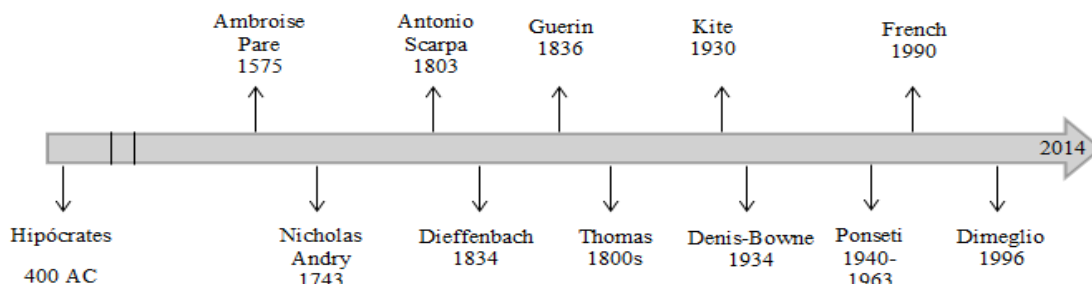
1.2.2. Tratamento Conservador

Em contrapartida e substituição aos tratamentos cirúrgicos do pé boto, também existem os tratamentos de carácter conservador. Conforme Schenck (1858, *apud* Flores, 2014, p.14), “apesar de hoje em dia ser opção os usos de métodos conservadores, estes não são recente”, existindo portanto uma evolução histórica para tais métodos.

Conforme Lovell, Winter, Morrissy e Weinstein (1996, *apud* Flores, 2014, p.14), “o primeiro registo conhecido foi de Hipócrates, que recomendou a primeira manipulação e imobilização e séculos mais tarde, Ambrose Pare e Nicholas Andry, relatam as manipulações recorrendo ao uso de talas”.

Segundo os mesmos, “alguns anos mais tarde, Dieffenbach e Guerin propuseram a utilização de gesso para correção do pé boto e Thomas encontra métodos de manipulação forçada que se adequariam no tratamento desta patologia”. No entanto, “foi António Scarpa que realizou a primeira órtese para pé boto (Flores,2014, p.14).

Figura (6): Cronologia dos principais criadores do tratamento do pé boto.



Fonte: Flores (2014).

Várias experiências foram desenvolvidas como referenciado anteriormente, até que se desenvolveram os atuais métodos conversadores para o tratamento do pé boto, designadamente o Método de Kite, Método Francês e o Método de Ponseti.

Relativamente ao Método de Kite, conforme os autores Maranhão, Augusto e Volpon (2011, p.164), “em 1932, Kite em oposição aos métodos anteriormente usados, publicou um método de manipulação mais gentil que visava a correção de cada componente do pé boto separadamente, e não simultaneamente”.

Este método “é aplicado logo nos primeiros dias após o nascimento, e consiste numa correlação de pressão entre três pontos do pé, tendo como ponto de apoio a articulação do calcâneo” (Anand e Sala, 2008, *apud*, Flores, 2014, p.15).

Entretanto, segundo os mesmos autores, “tal o método de Kite como outras técnicas de manipulação e troca gessada antecessoras não permitiam correção completa das deformidades e resultavam em pés com cavo residual, torção lateral do tornozelo, rigidez dos ligamentos e cápsulas, entre outras alterações”.

Como referem, Maranhão, Augusto e Volpon (2011, p.164), sempre que “outros autores não conseguiam reproduzir a mesma taxa de bons resultados descrita por Kite, retomavam o tratamento cirúrgico, quando havia resistência à correção pela técnica conservadora”.

Atualmente a tendência é evitar cirurgias com extensas liberações articulares e o uso da cirurgia como método de correção primário fica limitado aos procedimentos onde são liberadas apenas as estruturas necessárias para a obtenção da máxima correção do pé.

Quanto ao Método Francês, segundo Bensahel, Csukonyi, Desgrippes e Chaumien (1987, *apud* Flores, 2014, p.15) “ também é conhecido como método funcional, foi introduzido em França, na década de 1970 por Masse e Bensahel”. O tratamento por este método consiste em manipulações diárias ao pé boto das crianças por um fisioterapeuta num período de 30 minutos, seguindo-se de uma estimulação dos músculos em torno do pé. Como diz Fernandes (2010, p.13), “a maioria das correções por este método são obtidas em três meses de tratamento, no entanto a resolução total da deformidade, tem apenas lugar aos cinco meses”.

Contrariamente aos outros métodos conservadores, o Método de Ponseti, é o de eleição para o tratamento do pé boto, conforme Brand (2009, *apud* Flores, 2014, p.15),

Ignacio Ponseti em 1941 com o intuito de melhorar os seus conhecimentos na anatomia do complexo pé humano dedicou-se ao estudo do pé boto. Algum tempo depois, desenvolveu a técnica que revolucionou o tratamento, uma técnica de manipulação sem cirurgia invasiva, que por este motivo foi batizada por método de Ponseti, no entanto só perto de 1990 é que começaram a ser publicados os primeiros artigos de desenvolvimento da técnica.

Como menciona Ponseti (2005, p.24) o que o levou a elaboração deste método foi o facto de ter observado e confirmado que,

em países desenvolvidos, onde os recursos materiais e os recursos humanos são mais abastados, que muitas crianças com pé boto eram submetidas a cirurgias corretivas, de libertação de partes moles, e que frequentemente se verificariam complicações e insucessos, tornando necessário a necessidade de uma ou mais cirurgias de revisão.

Para os autores Maranhão, Augusto e Volpon (2011, p.165), “ Ponseti, após estudos aprofundados sobre a anatomia patológica e funcional do pé boto, a partir da década de 40, desenvolveu e aprimorou um método próprio de tratamento, tendo em vista os maus resultados obtidos com tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos, anteriormente em prática”. Segundo Nogueira (2011, p.19) “ o método de tratamento baseia-se no funcionamento das articulações do pé, os seus movimentos e no entendimento das propriedades elásticas dos tecidos”.

Como profere Pereira, Alegrete e Costa (2014, *apud* Flores, 2014, p.15), “desde da sua implementação que este método é considerado o melhor dos tratamentos desta patologia, pela eficácia e segurança”. Portanto os “ótimos resultados, a sua evolução e

progressão visível entre cada secção de tratamentos com taxas de correção próximas de 100% são cada vez mais frequentes” (Faulks e Richards, 2009, *apud* Flores, 2014, p.15).

Atualmente, o Método de Ponseti é a mais utilizada pelos especialistas em ortopedia, procurando evitar a realização de cirurgias, e as cicatrizes que acompanhavam as crianças durante toda a vida, e em alguns casos provocavam problemas de caráter socioculturais, devido a problemas na deslocação, e no relacionamento com as outras crianças.

Ignacio Ponseti estabeleceu detalhes sobre as manobras de manipulação, a confecção do gesso, o seguimento após secção do tendão do calcâneo e sobre estratégias de prevenção de recidivas, com base na idade da criança e na cooperação dos pais, divulgando os erros mais comumente praticados, como o uso inadequado da órtese de adução.

Quanto mais cedo for iniciado o tratamento, melhor serão os resultados, sendo este método, usualmente iniciados logo nas duas primeiras semanas de vida da criança. Concordando, Ponseti (2005, p.26), que “a maioria dos pés botos pode ser corrigida na infância em cerca de 6 semanas com manipulações suaves e adequada confecção de gessos”.

Logo, Nogueira (2011, p.19) enfatiza que “o método consiste na manipulação específica do pé, com a colocação seriada de 5 a 7 gessos semanais, seguidos da tenotomia do tendão de Aquiles”.

Figura (7): Exemplos de aparelhos gessados



Fonte: Rodrigues (2015).

O fundamento da técnica pela manipulação é “corrigir as deformidades por meio da mudança plástica dos elementos contraídos e encurtados, que possuem elevada capacidade elástica na criança mais nova”. (Maranho, Augusto e Volpon, 2011, p.165).

Segundo os mesmos autores, “ o método de Ponseti, composto, basicamente, por manipulações e trocas gessadas seriadas, secção percutânea do tendão calcâneo e uso de órtese de abdução tornou-se o método preferencial para o tratamento do pé boto em muitos países”.

Como cita Ponseti (2005, p.15),

a órtese é colocada imediatamente após a retirada do último gesso, 3 semanas após a tenotomia. A órtese consiste em botas de cano alto abertas na frente, e conectadas a uma barra. Em casos unilaterais, a órtese é colocada em 65 a 75 graus de rotação externa do lado tratado (pé boto), e 30 graus de rotação do lado normal. Em casos bilaterais, é colocado a 70 graus de rotação externa de cada lado.

Conforme Flores (2014, p.16), “as primeiras manipulações tendem a pressionar na zona plantar do pé, metatarsos, e as seguintes manipulações na zona da cabeça do osso astrágalo de modo a corrigir o posicionamento do pé”.

Durante o tratamento, “a criança poderá ter a necessidade da realização da tenotomia, para um alongamento do tendão de Aquiles quando se observa um equino residual” (*Ibidem*).

Constata-se que, “o pé boto em uma criança sem outras anormalidades pode ser corrigido em 2 meses ou menos com o nosso método de manipulação e aplicação de gessos seriados, com uma intervenção cirúrgica mínima, ou mesmo sem nenhuma cirurgia” (Ponseti, 2005, p.24),

após remoção do último gesso, a criança continuará com um tratamento de prevenção na qual utilizará até cerca dos quatro anos de idade uma ortótese com ângulos conhecidos pelo médico. Nos primeiros 3 meses terá que usar a órtese durante 24 horas, depois será reduzido para 18 horas durante mais 3 meses, seguindo-se de mais 3 meses usando a ortótese 14 horas. No final destes 9 meses a crianças apenas terá que usar durante o período da noite até aos quatro anos de idade, sendo após este período removido totalmente (Flores; 2014, p.16).

Resumindo, Maranhão, Augusto e Volpon (2011, p.165), mencionam que,

o tratamento, segundo Ponseti, deve ser iniciado nos primeiros dias de vida, com manipulações suaves, feitas em intervalos de cinco a sete dias e, a seguir, aplicação de um 1º gesso, com o joelho flexionado 90°. O cavo é a primeira deformidade a ser corrigida com a supinação do ante pé e apoio plantar na cabeça do primeiro metatarso. A adução e o varismo são corrigidos simultaneamente nos próximos três ou quatro gessos, com contra apoio na face lateral da cabeça do tálus e abdução do ante pé, em supinação. Ao se conseguir abdução de 70°, o varo deverá estar corrigido. Apenas após a correção da adução e varismo, deve ser iniciada a correção do equino com gesso modelado na parte posterior do pé, com flexão dorsal.

Figura (8): Exemplos de órtese utilizadas no tratamento de Ponseti



Fonte: Rodrigues (2015).

Após a sua grande aceitação, “ o método foi estendido para crianças mais velhas, com pés complexos e resistentes, pés recidivados, inclusive recidivas após extensa liberação cirúrgica, e também, nos casos não idiopáticos, como na miélomeningocele e artrogripose distal” (Maranho, Augusto e Volpon, 2011, p.165).

1.3. Classificação do pé boto

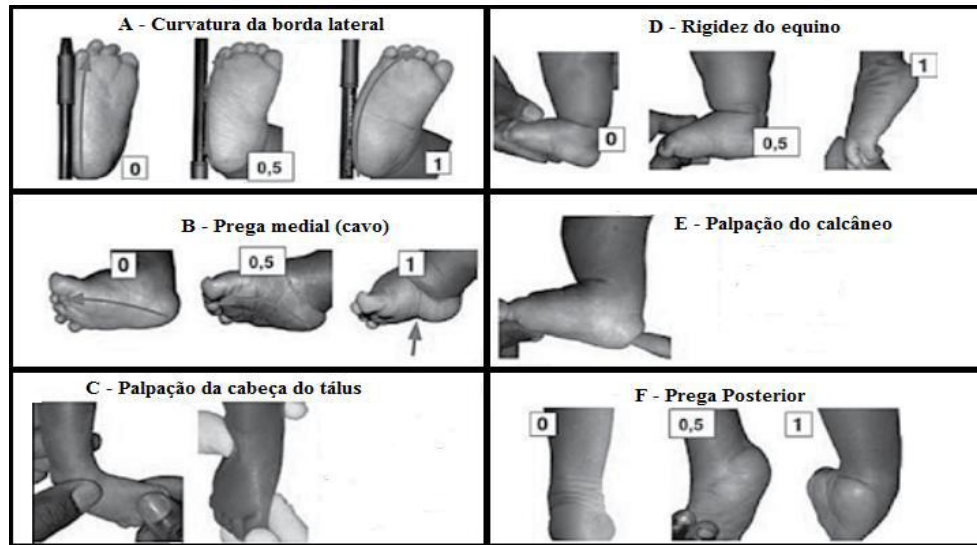
Para melhor entendimento, diagnóstico e tratamento do pé boto é necessário a classificação do mesmo, e com isto, segundo os autores Wainwright, Auld, Benson e Theologis (2002, *apud* Flores, 2014, p.18),

existem diversos sistemas de classificação do pé boto, que são utilizados na avaliação da patologia, nomeadamente o modelo Ponseti e Smoley; Harrold e walker; Catterall, Diméglio e Pirani, sendo estes dois últimos os mais utilizados na avaliação do pé boto, quando utilizados as técnicas conservadoras, uma vez que, antigamente não existia tabelas modelo para avaliação e posterior classificação da patologia.

1.3.1. Classificação de Pirani

Portanto, segundo Flores (2014, p.17), “a classificação de Pirani é uma das classificações para o pé boto, que tem como base a classificação segundo uma escala de 0; 0.5 e 1 para cada um dos seis parâmetros. Esta escala é facilmente interpretada e por isso muito utilizada no campo clínico”.

Figura (9): Representação da classificação Pirani.



Fonte : Flores (2014).

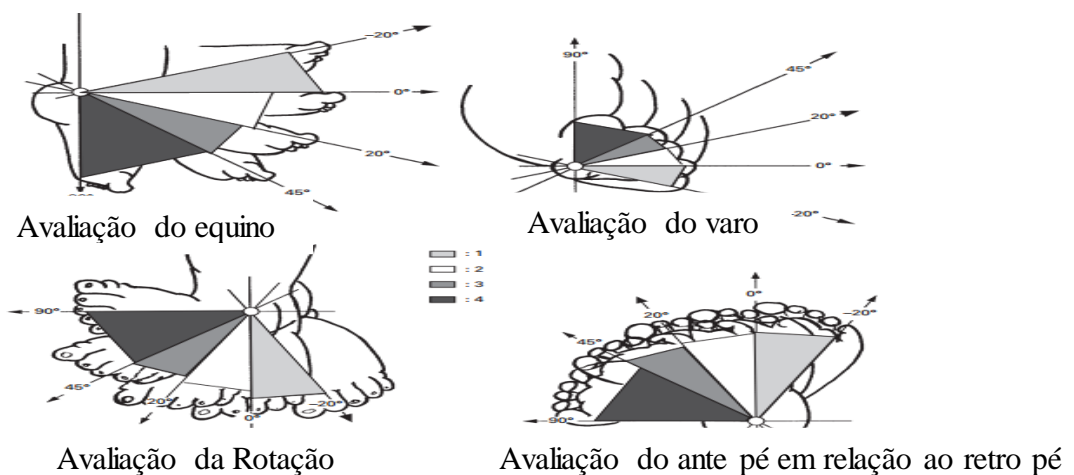
1.3.2. Classificação de Diméglio

Por sua vez, os autores Diméglio, Bensahel, Souchet, Mazeau e Bonnet (1995, *apud* Flores, 2014, p.17) referem que,

a classificação apresentada por Diméglio refere que esta está de acordo com a redutibilidade de certos parâmetros do pé, apresenta uma escala diferente de 1-4 de acordo com a severidade do pé boto. Os parâmetros avaliados são equino no plano sagital, desvio do varo no plano frontal, redução da rotação em torno do tálus pelo ante pé e calcâneo, e por último a adução do ante pé em relação ao retro pé no plano horizontal.

A categorização do pé boto pela classificação de Diméglio apesar de também ser utilizada, não é tão percebida como a anterior, e por isso é menos utilizada.

Figura (10): Classificação de Diméglio para o pé boto.



Fonte: adaptado, Flores (2014).

Contudo, “ para além destas duas classificações existem mais algumas, no entanto não utilizadas, ou em desuso, como é o caso da classificação de Ponseti, baseado em flexão dorsal do tornozelo, varo do calcâneo, supinação do ante pé e torsão tibial. Os pés são classificados com base na medição como bom, aceitável ou má” Flores (2014, p.18).

No entanto, segundo Wainwright *et al.* (2002, *apud* Flores, 2014, p.18),

estas classificações ainda estão incompletas e necessitam de novos sistemas de classificação, que sejam confiáveis e reprodutíveis onde se deve ter em consideração as características tridimensionais da deformidade, a utilização de um método simples de avaliação clínica, incluindo informações dos três segmentos do pé, bem como informações da rigidez destes.

Conforme os autores, Lara, Luciano, Barros, Franco Filho e Feroldi (2007, *apud* Flores, 2014, p.18), “as classificações para avaliação são muito importantes bem como o seu estudo radiográfico, que muitas vezes é esquecido mas a sua simples execução poderá fornecer informações com o intuito de melhorar o conhecimento e tratamento desta patologia”.

1.4.Assistência/Intervenções de Enfermagem

A intervenção de Enfermagem é “ qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimentos clínicos, realizado por um Enfermeiro para aumentar os resultados do cliente, incluem cuidados diretos e indiretos, voltados a indivíduos, famílias e comunidade, tratamentos iniciados por Enfermeiros e outros provedores” (McCloskey e Bulechek, 2004, p.20).

No caso específico do pé boto, os cuidados de Enfermagem tem como objetivo a promoção do bem-estar da criança e da respectiva família. Para que tal aconteça, é necessário que os Enfermeiros desenvolvam ações com o intuito de prevenir doenças, prestar cuidados no sentido de manter um ótimo nível de crescimento e desenvolvimento, bem como reabilitar a criança com modificação do estado de saúde, tendo também como alvo de cuidados a família.

Conforme Neuman (2010, p.33), “o objetivo da prática da Enfermagem Pediátrica, consiste na assistência das crianças e respectivas famílias, em reter, alcançar e manter a máxima estabilidade do sistema, que é o ótimo bem-estar”. Portanto, é exigido aos Enfermeiros um papel de cuidador e educador, já que a situação de doença de uma criança oferece a oportunidade para o desenvolvimento de medidas de promoção da saúde indispensáveis ao bem-estar da criança e da família.

A família por sua vez procurará diminuir o *stress* provocado pelo novo diagnóstico, sendo importante para a Enfermagem intervir no sentido de reduzir os fatores de *stress* que interfiram com o estado de saúde da família, proporcionando formação acerca da doença e da forma de lidar com a mesma. O Enfermeiro pode garantir esta formação através da entrega de material escrito, discussão sobre o assunto e respostas às perguntas sobre a doença.

Como tal, o papel do Enfermeiro é participar com a família no enfrentamento e na adaptação dos estímulos e fatores de *stress* que afetam o sistema familiar e a vida da criança. Logo, o processo de diagnóstico e tratamento do pé boto é um contexto pertinente para a realização dos cuidados centrados na família da criança.

Uma outra função do Enfermeiro é ajudar as famílias, por meio da interação com os seus membros, a esclarecer a situação e a prestar informações necessárias para o estabelecimento de um objetivo e a resolução do problema relacionado com a saúde da criança com pé boto.

1.4.1 Cuidados Centrados na Família

Não se podia falar da assistência de enfermagem à uma criança com pé boto, sem abordar os cuidados centrados nas famílias dessas crianças. Para os autores Bowden e Greenberg (2003, p.1), os cuidados centrados na família “é uma filosofia do cuidado que considera a unidade familiar como foco fundamental das intervenções da atenção à família”.

Ainda segundo os mesmos autores, o cuidado centrado na família “é ver a família não como uma coleção de pessoas, mas uma entidade distinta, como a unidade fundamental da prestação de cuidado em saúde”. Este cuidado consiste em reconhecer os recursos individuais e as necessidades da criança doente, da família e do serviço de saúde, ou seja, é a identificação de problemas e necessidades da família e a provisão de serviço apropriado para cada um dos membros.

O modelo de cuidados centrado na família reconhece que este é essencial na vida da criança e deve ser o centro no plano dos cuidados à criança. Para melhor organizar os cuidados prestados à criança doente e sua respectiva família, torna-se necessário para o Enfermeiro, saber reconhecer os principais elementos do cuidado centrado na família. Tendo os autores Shelton e Stepanek (1994, *apud* Bowden e Greenberg, 2003, p.2), apresentado oito importantes elementos que devem reger ou orientar esses cuidados por parte dos Enfermeiros:

- Reconhecimento de que a família é a constante na vida da criança;
- Facilitar a colaboração Família/Profissional;
- Trocar informação completa e objetiva;
- Respeitar à diversidade cultural;
- Reconhecer e respeitar os diferentes métodos de enfrentamento, oferecendo apoio de desenvolvimento, educacional, emocional, ambiental e financeiro;
- Encorajar e facilitar a comunicação e o apoio família a família;
- Garantir que o hospital, o domicílio e os serviços de apoio da comunidade para as crianças, sejam flexíveis, acessíveis e compreensíveis em resposta as diversas necessidades identificadas pela família;
- Apreciar as famílias como famílias e as crianças como crianças.

Para além do Enfermeiro possuir o conhecimento dos elementos que melhor o ajudarão a prestar os cuidados a família da criança enferma, também deve reconhecer as estratégias

para melhorar o cuidado centrado na família. Os autores Bowden e Greenberg (2003, p.2) sugerem as seguintes estratégias, que devem ser adotados pelos Enfermeiros para melhorar os cuidados às famílias visando alcançar o bem-estar ótimo da criança doente:

- Estabelecer grupos de apoio à família;
- Desenvolver atividades ou programas para apoiar a família;
- Estabelecer política para visita dos irmãos;
- Criar quadros de informação para os pais;
- Incorporar a família nas conferências interdisciplinares em relação ao cuidado da criança;
- Utilizar vídeos pré-operatórios e visitas para abrandar o medo da criança e da família;
- Mostrar aos pais os registos de progresso da criança;
- Encorajar todos os membros da família à participarem das atividades do cuidado domiciliar;
- Viabilizar atividades e eventos para crianças e suas famílias, para interagirem com outras famílias que tem crianças com a mesma situação de doença.

Contudo, o cuidado centrado na família, é uma filosofia do cuidado que necessita ser manifestada em ações por parte da enfermagem. A importância desses cuidados para a criança e a família, pode não ser percebida a não ser que medidas e atitudes sejam tomadas para garantir que tais cuidados sejam integradas nas áreas de atenção à saúde.

Para Bowden e Greenberg (2003, p.3), “as intervenções do cuidado centrado na família reconhecem a importância das famílias como facilitadores do crescimento da criança, especialmente a criança com necessidade de saúde”.

Portanto, é importante para o Enfermeiro, procurar as melhores ações para a realização das intervenções do cuidado centrado na família, pois varias estratégias podem ser empregados pelos profissionais de saúde para assegurar os elementos do cuidado centrado na família, procurando fornecer educação e conhecimento para a família, o que lhes confere autonomia na tomada de decisões sobre o cuidado centrado na criança doente.

Conforme os autores supracitado, “os profissionais de saúde precisam continuar a avaliar as necessidades da família, documentar como o cuidado centrado na família tem sido implementado, definir fatores que facilitam ou impedem o cuidado centrado na família e documentar o custo-benefício do cuidado centrado na família”.

Com a implementação das intervenções do cuidado centrado na família podem observar-se ganhos para equipa de saúde e aumento da satisfação dos pais das crianças, devendo isto, ao facto do Enfermeiro, durante a prestação dos cuidados, procurar sempre elucidar os familiares.

A melhor ferramenta para educar os familiares, perspetivando fornecer informações sobre o estado de saúde e os propósitos das intervenções realizadas a criança, é a comunicação com a família. Pois, para Bowden e Greenberg (2003, p.15), “o desafio para os profissionais de saúde é que sejam capazes de trabalhar com variados e diferentes níveis de comunicação”.

Os mesmos autores, acrescentam que,

entre colegas e companheiros, o progresso clínico de uma criança específica, podem ser discutido em termos muito detalhados e medicamente complexos. Parte dessa conversa precisa ser traduzida de forma que o adulto (pais ou o cuidador da criança) possa compreender em termos leigos a complexidade da condição da criança.

Isto é, tentar transmitir informações simples e clara de forma que os familiares entendem, empregando tanto a linguagem verbal como a não-verbal. Reconsiderando esses métodos, o enfermeiro facilita a comunicação com os familiares.

Fazendo com que os Enfermeiros reconsiderem novos métodos para facilitar a comunicação com os familiares.

Conforme Bowden e Greenberg (2003, p.18), o Enfermeiro deve:

- Usar técnicas de escuta atenta (transmitir um comportamento sem pressa e minimizar as interrupções, ficar atento as mensagens não-verbais transmitidas pela postura corporal e pela inflexão da voz);
- Fornecer informação (providenciar informação sincera e correta, fornecer informação livremente para promover a confiança, ensinar e reforçar o conhecimento do processo da doença, tratamentos, e como os pais podem apoiar seu filho);
- Ser consistente (prover informação e através de diferentes membros da equipa de saúde, minimizar o número de membros da equipa de saúde interagindo com os pais);
- Reforçar a importância do papel dos pais (reconhecer o conhecimento dos pais sobre a criança, Encorajar e fornecer oportunidades para os pais de darem cuidado físico para as crianças, pois os pais podem precisar aprender como fazer isso).

1.4.1.Cuidados de Enfermagem à criança com pé boto

Em contrapartida aos cuidados de Enfermagem centrados na família da criança com pé boto, também existem os cuidados direcionadas a criança doente e ao sucesso do seu tratamento, como é o caso da preparação psicológica de uma criança (pré-escolar/escolar) e dos cuidados de enfermagem como a integridade dos membros e com o gesso, que é o material utilizado durante a maior parte do tratamento e que requer muita atenção por parte da Enfermagem.

Conforme Bowden e Greenberg (2005, p.305), o Enfermeiro deve realizar a avaliação e preparação da criança e da família antes de iniciar os procedimentos,

verificar o processo para determinar o tipo de intervenção cirúrgica ou clínica feito na criança; determinar o tipo de gesso e o tipo de material usado para o mesmo; rever o processo da criança quanto a história de febre ou frequência cardíaca elevadas, essas elevações pode indicar a presença de um processo infeccioso; explicar a criança o propósito de verificar o gesso e avaliar a integridade da pele e das extremidades próximos ao gesso; encorajar os pais a permanecerem no quarto durante o cuidado com o gesso para ajuda-los a aprender a realizar o cuidado completo; realizar atividades recreativas durante o cuidado com o gesso, conforme necessário.

Segundo os mesmos autores, o Enfermeiro precisa realizar a avaliação neuromuscular do (s) membro (s) da criança, tendo em conta as seguintes intervenções:

- Examinar as extremidades (dando atenção primeiro ao membro não afetado, conforme for o caso);
- Avaliar o estado neurovascular;
- Monitorar a circulação nas áreas distais (dedos dos pés);
- Avaliar o enchimento capilar pressionando os dedos dos pés e observando o tempo de enchimento dos vasos capilares;
- Avaliar a temperatura do membro;
- Avaliar o edema dos dedos dos pés distais ao local da intervenção clínica ou cirúrgica;
- Avaliar a função motora fazendo com que a criança movimente os dedos dos pés;
- Notificar o médico sobre todos os achados anormais.

Aquando da confecção do aparelho gessado à criança com pé boto, o Enfermeiro deve assegurar certos cuidados com o aparelho gessado molhado tais como, “ expor o gesso ao ar natural para secar; durante o processo de secagem elevar o gesso com

travesseiros até 10 cm acima do nível do coração, tocando o no gesso somente com as palmas das mãos; avaliar o gesso quanto à secagem; explicar a necessidade de limitar a atividade enquanto o gesso seca” (*Ibid*, p.307).

Também fazem parte dos cuidados de enfermagem à uma criança com pé boto, avaliar e tratar a dor, recorrendo a “ intervenções farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor; esperar 30 minutos para a ação da medicação; avaliar a eficácia da medicação para dor e alterar o esquema de medicação conforme necessário para que se alcance o alívio adequado da dor” (*Ibid*, p.308).

Conforme os mesmos autores, é imprescindível ao Enfermeiro, monitorar a integridade da pele e prevenir edema promovendo ações de enfermagem como:

Avaliar as áreas ao redor das bordas do gesso quanto à irritação, erupções ou lesão de continuidade; avaliar a integridade da pele sobre as proeminências ósseas quanto à vermelhidão, formigamento e sensibilidade; revestir as bordas do gesso em pétalas com fita adesiva, se elas estiverem ásperas; se houver coceira, instruir a criança, a soprar no gesso, coçar a pele ao redor das bordas do gesso, coçar a perna oposta.

Além dos cuidados de Enfermagem já referidos, é indispensável fornecer higiene e cuidados com a pele da criança através das seguintes intervenções, “dar banho de banheira ou banho seco; realizar cuidado perineal; colocar fraldas sob as bordas do gesso e troca-las diariamente a cada 1 ou 2 horas enquanto acordada. A noite, um absorvente pode ser colocada dentro da fralda para maior absorção; limpar a área perineal após a troca de fralda” (*Ibid*, p.309), isto no caso de se tratar de uma criança pequena (Bebe).

Durante o tratamento da criança com pé boto, também reveste-se de grande importância para o enfermeiro, garantir a integridade do gesso, e para tal necessita,

inspecionar o gesso quanto a sinais de saída de secreção ou odor por debaixo do gesso; aplicar bicarbonato de sódio ao gesso com odor, controladores de odor podem ser colocados no gesso para manter odores baixos; inspecionar o gesso quanto a rachaduras ou amolecimento; usar um travesseiro ou um cobertor enrolado para apoiar o gesso na perna; acolchoar as bordas ásperas do gesso, se necessário; instruir a criança a não colocar coisas e nem coçar dentro do gesso com um objeto; passar o dedo dentro do gesso para verificar se não está apertado; (*Ibid*, p.310).

Ainda, durante o tratamento do pé boto, é necessário promover e assegurar a mobilidade da criança, quando se tratar de uma criança maior (pré-escolar/escolar), pois,

a criança com gesso de perna longa deve ser levantada com apoio sob os ombros e o quadril, duas pessoas podem ser necessárias para movimentar a criança. Evite torcer o corpo da criança quando movimenta-la; Alguns gessos de perna são feitos para aguentar o peso de forma que a criança possa andar com ou sem muletas, se as muletas forem prescritas, consultar o Ortopedista quanto ao tamanho apropriado destas. Colaborar com o Ortopedista para ensinar a criança como andar de muletas; Encorajar a criança a exercitar as articulações e os

músculos que não estão comprometidos. Os exercícios de movimento passivo e ativo devem ser realizados 3 a 4 vezes ao dia; As crianças engessadas devem ser encorajadas a ficar fora da cama logo que o gesso esteja seco e a dor bem controlada. A mobilidade física pode estar limitada, e as adaptações ao ambiente podem ser necessários para acomodar a criança com gesso. (*Ibidem*)

Conforme os autores Bowden e Greenberg (2005, p.311), apesar da utilização do aparelho gessado, há que prover atividades recreativas a criança, devendo o enfermeiro, “proporcionar atividades calmas para a criança com limitação de atividades; proporcionar atividades de amplitude de movimento para a criança; facilitar a deambulação pelo uso do andador, muletas ou botas. As botas devem ser usadas durante os momentos de deambulação”.

Para além dos cuidados de Enfermagem que são prestados à criança com pé boto e a sua família, na fase conservadora do tratamento, também, podem ser realizadas intervenções específicas de enfermagem na fase cirúrgica do tratamento, tais como os cuidados pré-operatórios, pós-anestésicos, intraoperatórios e os cuidados durante o período de recuperação na Enfermaria, isto tudo, só quando as intervenções cirúrgicas forem necessários para o sucesso do tratamento.

Quanto aos cuidados pré-operatórios, conforme Bowden e Greenberg (2005, p.403) convém ao enfermeiro realizar a avaliação e preparação da criança e da família, através das seguintes intervenções:

- Conferir a identificação e avaliar o estágio de desenvolvimento da criança;
- Averiguar se o consentimento cirúrgico foi preenchido, assinado e colocado no processo da criança;
- Confirmar se o processo da criança contém o seguinte: (anamnese e exame físico realizados, folha de fluxograma atual de Enfermagem, valores laboratoriais relevantes e Checklist pré-operatório);
- Verificar se os testes laboratoriais pré-operatórios foram realizados e avaliar os valores para identificar qualquer um que esteja fora dos parâmetros normais;
- Assegurar que os processos médicos antigos da criança estejam disponíveis, determinar se há sangue disponível para possível transfusão durante a cirurgia;
- Determinar o estado de jejum pré-operatório da criança; determinar se a criança foi submetida a qualquer preparo cutâneo anti-micróbiano antes da internação; ajudar a criança a vestir o roupão cirúrgico.

Aquando dos cuidados durante o período de recuperação na Enfermaria, segundo os autores supracitados, o enfermeiro deve,

continuar a avaliação conforme definido anteriormente; manter ingestão nutricional adequada (iniciar suplementos alimentares ou nutrição parenteral conforme prescrição e indicação); Promover a mobilidade e o cuidado (ajudar com a mobilização conforme indicado, usar dispositivos para ajudar na mobilização quando necessário); fornecer impulsos sensoriais (orientar a criança em relação ao tempo, espaço, ambiente e circunstâncias utilizando linguagem apropriado para a idade); Prover apoio psicossocial (envolver a criança e os pais nos cuidados e incentivar atividades de lazer para a criança).

1.4.2.Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) e Intervenções de Enfermagem (NIC) à uma criança com pé boto.

Além dos cuidados de Enfermagem apropriadas ao contexto da criança com pé boto, designadamente, a identificação, o encaminhamento, os cuidados centrados na famílias e aquelas direcionadas à própria criança, cabe ao Enfermeiro utilizar ferramentas de apoio à atividade de Enfermagem, como os diagnósticos da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), que constituem um grande auxílio para a autonomia dos Enfermeiros, na aquisição de novos conhecimentos e na melhoria das intervenções da Enfermagem prestadas aos utentes.

Torna-se pertinente apresentar algumas intervenções da classificação de intervenções de Enfermagem (NIC) para cada diagnóstico. E servindo a este propósito, nesta fase do trabalho elaborou-se os seguintes quadros, com alguns diagnósticos de Enfermagem (NANDA), Quadro (3) e as respectivas Intervenções de Enfermagem (NIC) para uma criança com Pé boto, Quadro (4).

Quadro (3): Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) à uma criança com pé boto.

Diagnóstico	Definição	Características Definidoras	Fatores Relacionados
Ansiedade	Estado subjetivo no qual o indivíduo experimenta um sentimento de incômodo e inquietação, cuja fonte é frequentemente específica ou desconhecida por ele.	Apreensão; Medo; Excitação excessiva; Angústia; Nervosismo.	Crise situacional; Procedimentos evasivos, Intervenções cirúrgicas.
Défice de lazer	Estado no qual o indivíduo experimenta uma diminuição na estimulação, no interesse ou no engajamento em atividades recreativas ou de lazer.	Desejo de ter alguma coisa para fazer; Impossibilidade de realizar os <i>hobbies</i> usuais.	Falta de atividade de lazer no ambiente, durante hospitalização, ou em tratamentos longos e frequentes
Distúrbio da imagem corporal	Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa	Comportamentos de monitorar o próprio corpo; Preocupação com as mudanças	Biofísicos; Tratamento da doença; Cirurgia;
Interação social prejudicada	Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social	Desconforto em situações sociais; Comportamentos de interação social malsucedidos	Mobilidade física limitada
Intolerância a atividade	Estado no qual o indivíduo tem energia psicológica ou fisiológica insuficiente para desempenhar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.	Letargia ou indiferença.	Repouso ou imobilidade; Deformidade funcional; Fraqueza generalizada.

Medo	Estado no qual o indivíduo apresenta um sentimento de temor relacionado a uma fonte identificável que ele pode verificar	Imaginação aumentada; Apreensão; Habilidade para identificar o objeto do medo	Possibilidades de mudanças fisiológicas; tratamento prolongado;
Mobilidade física prejudicada	Estado no qual o indivíduo experimenta uma limitação na habilidade para movimentos físicos independentes	Inabilidade para movimentação significativa dentro do ambiente físico, inclusive no leito, transferência e deambulação; Amplitude limitada de movimento; Força, controle ou massa muscular diminuídas; Coordenação prejudicada;	Intolerância atividade física; Força e resistência diminuídas;
Potencial para trauma	Estado no qual o indivíduo apresenta acentuado risco de lesão tecidual acidental (por ex.: ferimento, queimadura, fratura).	Fraqueza; Dificuldade de equilíbrio; Redução pequena ou grande da coordenação muscular	Vide presença de fatores de risco
Processo familiar alterado	Estado no qual uma família, que normalmente funciona, efetivamente experimenta uma disfunção.	Incapacidade da família para adaptar-se as mudanças ou para lidar construtivamente com experiência traumática	Situação de transição ou crise
Risco da integridade da pele prejudicada	Risco da pele ser alterada de forma adversa.	Destruição de camadas da pele; Rompimento da Superfície da pele	Imobilização física; Humidade; Circulação prejudicada; Proeminência óssea

Fonte: Elaboração própria, a partir da Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA (1992, p.31-175)

Quadro4): Intervenções de Enfermagem (NIC) à uma criança com pé boto.

Diagnósticos (NANDA)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Ansiedade	Reduzir a ansiedade; promover melhora no enfrentamento; técnica para acalmar; orientação antecipada e presença.
Défice de lazer	Facilitar as visitas; proporcionar terapia ambiental; promover o exercício; garantir supervisão e segurança à criança.
Distúrbio da imagem corporal	Reduzir a ansiedade; aumento da autoestima; melhora da imagem corporal; aconselhamento; suporte emocional; presença; cuidado com lesões e orientação antecipada.
Interação social prejudicada	Proporcionar o aumento da socialização; promoção da normalidade; aumento da autoestima; aumento do sistema de apoio; suporte a família; jogo terapêutico; melhora do enfrentamento e terapia familiar
Intolerância à atividade	Terapia ocupacional; promoção do exercício (treino de fortalecimento, alongamento, mobilidade articular, controlo muscular); promoção da mecânica corporal; jogo terapêutico.
Medo	Suporte emocional; presença; aumento do sistema de apoio, controlo do ambiente; aumento da segurança; suporte a família
Mobilidade física prejudicada,	Cuidados com o repouso no leito; promoção do exercício, posicionamento (cadeira de rodas); assistência no autocuidado; controlo do ambiente; cuidados com a imobilização
Potencial para trauma	Prevenção de quedas; precauções no uso do lazer; controlo da pressão sobre áreas do corpo; controlo do ambiente; educação para saúde; supervisão da pele; supervisão (segurança); educação dos pais; cuidados com o períneo; posicionamento (cadeira de rodas).
Processo familiar alterado	Promover a integridade familiar; manutenção do processo familiar; aumento do sistema de apoio; suporte emocional; suporte à família, assistência quanto a recursos financeiros; melhora do papel; apoio ao cuidador

Risco da integridade da pele prejudicada	Cuidados com o aparelho de gesso (humidade, manutenção); precauções circulatórias; promoção de exercícios; banhos; controlo da pressão sobre áreas do corpo, massagem simples
--	---

Fonte: Elaboração própria, a partir (McCloskey & Bulechek, 2004, p.882-953)

1.5. Teorias de Enfermagem

Uma vez que as teorias constituem as bases científicas que orientam e guiam as realizações práticas em todas as ciências, esta definição também se aplica ao contexto da Enfermagem, conforme Tomey e Alligood (2002, p.18) a “ teoria de Enfermagem é um grupo de conceitos relacionados que provem os modelos de Enfermagem”.

Pois, embora em épocas remotas, os enfermeiros dedicassem excelentes cuidados aos utentes, muito do que se sabia sobre a Enfermagem não era escrito e a pesquisa para documentar a eficácia dos cuidados não eram registados. E por isso, “ os Enfermeiros começaram a movimentar-se no sentido de desenvolver um conhecimento de Enfermagem na qual pudessem basear a sua prática” (Tomey e Alligood, p.18).

Portanto as teorias de Enfermagem revestem-se de uma importância imprescindível, uma vez que permitem ao Enfermeiro, dar significado ao conhecimento adquirido, melhorar as suas práticas, explicar e antever os acontecimentos.

Após o proferido, para auxiliar a realização da presente investigação abordando a temática do pé boto, optou-se por escolher a teoria (Modelos dos Sistemas) de Betty Neuman, uma vez que, os conceitos da pessoa e do ambiente são aqueles em que baseiam-se a referida teoria e porque são esses os conceitos que os enfermeiro deve ter em conta ao cuidar duma criança com pé boto, em que ele não deve direccionar os cuidados somente a criança doente, mas sim deve procurar alcançar com tais cuidados, o meio envolvente da criança, principalmente o seu ambiente familiar.

1.5.1. Betty Neuman

Como referido anteriormente a referencial teórica para esta investigação é a Betty Neuman, “nasceu no ano 1924 em Lowell, Ohio, Estados Unidos da América, concluiu os primeiros estudos em enfermagem no Peoples Hospital School Nursing (atualmente denominado de General Hospital), em Akron, Ohio, em 1947” (George, 1993, p. 230).

Igualmente, “recebeu seu grau de Bacharel em Enfermagem no ano de 1957, e o grau de Mestre em Saúde Mental e de Consultoria em Saúde Pública, da UCLA (Universidade Califórnia de Los Angeles), em 1966. Também possui um Doutorado em Psicologia Clínica” (*Ibid*, p.231).

Ainda conforme o mesmo autor, Neuman, “ em 1970, criou seu modelo de sistemas de cuidado à saúde publicado pela primeira vez em 1972. Na década de setenta procurou melhorar a teoria, revisada numa publicação em 1989 e em 1995 publicou seu modelo com mais detalhes. As influências teóricas de Neuman incluem Chardin, Marx, Gestalt, Selye, von Bertalanffy e Caplan”.

1.5.2. Propósitos do Modelo dos Sistemas

A Teoria de Neuman é um modelo de sistemas abertos, compostos principalmente pelos stressores, a reação aos stressores e os indivíduos em interação com o meio ambiente. Concordando George (1993, p.232) que, “ o Modelo de Neuman parte de uma visão multidimensional dos indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se encontram em constante interação com *stressores* ambientais”.

Segundo os autores Tomey e Alligood (2002, p.36), “ Neuman defende que o Enfermeiro utiliza intervenções intencionais e uma abordagem da pessoa completa para ajudar os indivíduos, as famílias e os grupos a atingir e manter o bem-estar”.

Com base no modelo teórico de Neuman, e tendo em conta uma criança com pé bato, o Enfermeiro deve investigar os comportamentos e diagnósticos que possam gerar estresse a criança e a sua família; os fatores interpessoais e extrapessoais relacionadas, e com isso propor estratégias de intervenção para manter a linha flexível de defesa da criança e da família e verificar se as intervenções estão surtindo efeito.

Assim sendo, os mesmos autores referem que, “ a realização do cuidado de forma integral e sistematizada, segundo este modelo teórico, busca minimizar as variáveis que afetam as reações do sistema aos stressores”. Portanto, neste caso, a preocupação central dos cuidados da Enfermagem é a criança e a família, adotando como alvo principal, a manutenção da estabilidade e o bem-estar ótimo dos seus sistemas, para isso, necessita observar de uma forma dimensional esta criança que esta inserido no grupo, que neste caso é a família.

1.5.3. Modelo dos Sistemas adaptado ao contexto da criança com pé boto.

A utilização dos sistemas caracteriza as interações constantes entre o meio ambiente em que os indivíduos, grupos ou famílias e comunidades se inserem e as forças internas e externas provenientes, as quais podem alterar o equilíbrio existente.

No contexto em estudo o modelo dos sistemas de Neuman não só propõe abordar o prisma da criança com pé boto, como também visa ajudar o entendimento e compreensão dos ambientes em que a criança está inserida, neste caso em específico, o meio que necessita ser compreendido é o ambiente familiar da criança. A aplicação deste modelo permite aos enfermeiros identificar o fator de *stress* que afeta a criança e a respetiva família, que no caso é o diagnóstico do pé boto à criança, também permite ao enfermeiro avaliar a reação ao diagnóstico por parte da família, designadamente as mães das crianças com pé boto.

Este modelo ainda possibilita aos enfermeiros determinar quais as informações e os conhecimentos que as mães possuem relativamente ao fator de *stress* evidenciado e portanto com a colheita dessas preciosas informações, junto das famílias dessas crianças, o enfermeiro poderá identificar as melhores informações a serem fornecidas e planejar as melhores intervenções de enfermagem adequadas a situação de uma criança com pé boto.

Capitulo II: Fase Metodológica

2.Percurso Metodológico

Posteriormente a exposição e desenvolvimento dos assuntos pertinentes a percepção do tema em estudo, segue-se a metodologia utilizada para desenvolver esta investigação. Nesta fase da pesquisa define-se o percurso para a sua realização, objetivando sempre responder a pergunta de investigação. E para alcançar os objetivos propostos escolheu-se um método de investigação, um instrumento de pesquisa, os participantes do estudo e analisou-se os dados colhidos.

Os métodos são os procedimentos escolhidos para alcançar determinados objetivos, que no caso em específico, é a aquisição de novos conhecimentos e para estes serem considerados científicos é importante demonstrar os procedimentos que possibilitaram a sua obtenção.

2.1.Tipo de estudo

Estabelecer um caminho metodológico a ser seguido numa investigação científica, requer que o investigador tenha a consciência da diversidade dos métodos existentes e saiba que este será definido pelo fenómeno a investigar, pelos objetivos da pesquisa e pela competência do próprio investigador. Assim sendo, segundo Fortin (1999, p.40), “na fase metodológica, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas, escolhe um desenho apropriado com a determinação de um método, define a população e a amostra, assim como o instrumento de colheita de dados e a análise de dados.”

Dito isto, a presente investigação foi realizada em duas etapas, na primeira fase foi elaborado o projeto do Trabalho de Conclusão do curso (PTCC), que revelou-se muito importante, na medida que permitiu-nos delimitar e fundamentar o tema a ser abordado, havendo nessa etapa a necessidade de efetuar uma breve revisão da literatura que permitisse identificar os conceitos chaves, formular a pergunta de partida e definir os objetivos gerais e específicos da investigação a ser realizada na segunda etapa. A elaboração de cada um dos referidos itens foi realizada de acordo com um cronograma (apêndice I) elaborado durante a fase de realização do projeto do trabalho.

A segunda etapa deste trabalho trata-se de conceção da investigação, sobre o tema em estudo. Para tal investigação e para dar resposta a Pergunta de Partida: Qual a satisfação das mães face as intervenções de enfermagem a crianças com pé boto?

Escolhemos como caminho metodológico, a abordagem qualitativa do fenómeno e como método de recolha de dados, a entrevista estruturada. Optou-se pela abordagem qualitativa de carater descritivo e fenomenológico como percurso metodológico, porque esteve-se preocupado com a compreensão absoluta do fenómeno do pé boto e portanto esta abordagem permitiu observar, descrever e interpretar o fenómeno tal e qual se apresenta, favorecendo uma maior aproximação e colaboração com os entrevistados, além de permitir uma procura do conhecimento científico existente sobre a problemática.

2.2. Instrumento de colheita de dados

A recolha dos dados consistiu em obter informações relevantes para a investigação através da interação com participantes, que no caso foram as mães de crianças com pé boto, entrevistadas. Em consideração ao objetivo e a pergunta de partida deste estudo, inicialmente fez-se uma entrevista informal ao diretor do serviço de Orto-traumatologia do HBS, com o intuito de inteirar da realidade atual do fenómeno em estudo, e posteriormente utilizou-se a entrevista estruturada como método de recolha de dados, junto das mães das crianças com pé boto.

Conforme, Fortin (2009, p.245) a entrevista “é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes, com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação previamente formuladas”.

Como referido anteriormente, decidimos adotar como instrumento para colheita dos dados, a entrevista estruturada, que, na ótica da mesma autora “é aquela em que o investigador exerce o máximo controlo sobre o conteúdo, o desenrolar da entrevista, a análise, e a interpretação das medidas”. Empregando este tipo específico de entrevista, as questões colocadas, a sua formulação e a sequência foram previamente determinadas com a ajuda de questões abertas e a formulação de um guião de entrevista (apêndice II).

Na realização das entrevistas, procurou-se respeitar as seguintes atitudes a serem adotados durante o mesmo, “fazer o mínimo de perguntas possíveis; intervir de forma mais aberta possível; abster-se de implicar a si mesmo no conteúdo; procurar que a entrevista

desenrole num ambiente e contexto adequado e gravar as entrevistas” (Quivy e Campenhoudt, 2005, p.34).

Para auxiliar as entrevistas realizadas, foi elaborado o guião de entrevista, contendo questões que permitissem alcançar os objetivos da investigação e responder a pergunta de partida. Para a validação do guião e para verificar a pertinência das questões, o referido guião foi entregue a duas docentes do curso de Enfermagem para leitura, análise e comentários.

2.3.Local do estudo

A pesquisa foi realizada no serviço de Orto-Traumatologia do Hospital Dr. Baptista de Sousa em São Vicente, que é único hospital da ilha, inaugurada em 1986, pertencente à rede de atenção à Saúde Pública Estadual. O serviço possui sete enfermarias, em que duas destas são para casos infetados e cinco para casos limpos/não infetados, cada enfermaria dispõe de casa de banho.

Ainda, este serviço possui uma sala de procedimentos de enfermagem e médicos, uma sala para preparação de terapêutica, dois gabinetes médicos, vestiário para enfermeiras e outro para os funcionários de serviço gerais, uma arrecadação de *stock* para materiais e medicamentos, uma cozinha, uma copa com televisão, um quarto de roupas e panos limpos, um pequeno quarto de armazenamento de suportes de soros e barras de proteção para as camas, e por fim, um quarto para sujeitos.

A equipa multidisciplinar deste serviço é composta por uma enfermeira responsável do serviço e sete enfermeiros de turno, dois médicos orto-traumatologista e um médico clínico geral, sendo um destes, diretor clínico do serviço, ainda tem médicos de outras especialidades que são chamados caso necessário, cinco ajudantes de serviço gerais e uma copeira.

Em geral a unidade de Orto-Traumatologia contém 22 leitos, 3 berços, tendo um armário ao lado de cada leito e cadeiras em algumas enfermarias. Este serviço acolhe utentes provenientes do banco de urgência de adulto, banco de urgência pediatria, bloco operatório e da consulta externa de Orto-traumatologia.

2.4.Participantes do estudo

A seleção dos participantes desta investigação foi baseada numa população específica e que possui as características fundamentais para dar resposta a pergunta de partida da investigação. Como cita, Fortin (1999, p.202) “ uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios”.

Portanto os sujeitos deste estudo foram 6 (seis) mães de crianças com pé boto, que disponibilizaram a participar, uma vez que este é um dos critérios éticos relativos a qualquer estudo que não pode ser negligenciado. Para a seleção dos participantes, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Ser a principal cuidadora da criança e não outro membro da família;
- Aceitar participar de forma livre da investigação.

2.5.Considerações éticas

As investigações, os conceitos, os métodos de colheita de informações e a divulgação de dados contribuem para o progresso dos conhecimentos, mas também podem transgredir os direitos dos participantes. Por ser verdade e de acordo com Fortin (2009, p.113), “ é fundamental a adoção de medidas que protegem os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações, considerando os princípios determinados pelos códigos de ética”.

E como tal, durante esta investigação, procuramos respeitar todos os princípios éticos, evitando transgredir os direitos dos participantes do estudo, priorizando o direito a confidencialidade das informações que foram-nos disponibilizadas.

Para a realização das entrevistas que possibilitaram a execução desta investigação procurou-se garantir aos participantes, os seguintes direitos, a autodeterminação, a intimidade, o anonimato e confidencialidade, a proteção contra o desconforto e prejuízo, a um tratamento justo e equitativo.

Aquando da abordagem aos participantes deste estudo, foi-lhes sempre esclarecido o objetivo da investigação, o propósito das suas participações, caso aceitassem, e a importância das suas narrações para o estudo. Durante a realização das entrevistas, foi-lhes disponibilizado e explicado o consentimento informado (apêndice III).

Com o propósito de garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação foi inicialmente realizado o pedido formal de autorização a comissão de ética do HBS, para o desenvolvimento deste estudo, através da prévia elaboração de um requerimento, posteriormente assinado pela entidade (apêndice IV).

Todos os outros procedimentos para a elaboração desta pesquisa foram realizados após a obtenção e apresentação da referida autorização para a colheita dos dados no HBS.

2.6.Tratamento de dados

Para o tratamento e análise dos dados das entrevistas dos participantes, utilizou-se a medida qualitativa ou análise do conteúdo dos mesmos. Atribuiu-se categorias as variantes do tema em estudo, para que as categorias fossem pormenorizadas e exclusivas, contendo o máximo de observações possíveis, sem se distanciar da pergunta de partida e dos objetivos que orientam esta investigação.

Conforme Fortin (2009, p.221), a análise de conteúdo “ é um processo de classificação que consiste em atribuir números e categorias para representar variações do conceito em estudo”. Portanto as principais características do sistema de classificação são as seguintes:

As características devem ser exaustivas, isto é, devem conter todas as observações possíveis, devem ser mutuamente exclusivas, isto é, cada observação deve estar contida numa só categoria; o sistema de categorização deve seguir um princípio de classificação, isto é, deve corresponder à natureza dos acontecimentos a classificar; as categorias devem ser todas formuladas ao mesmo nível de abstração.

Ainda é de enfatizar que durante o tratamento dos dados serão atribuídos nomes fictícios aos participantes (MC1, MC2,...MC6) visando garantir o anonimato dos mesmos.

Capitulo III: Fase Empírica

3.Caracterização Geral dos entrevistados

Desta pesquisa participaram seis (6) mães de crianças com pé boto, que foram identificadas pelas letras (MC) e pela ordem numérica em que as entrevistas foram concebidas. Os outros critérios para caracterização dos participantes do estudo foram: o sexo; idade; estado civil; habilitações académicas; categoria profissional.

A seleção das mães, de crianças com pé boto, foi feita aleatoriamente, através dos contactos disponibilizados pelo médico Ortopedista e diretor do serviço de Orto-traumatologia do HBS.

Dessas mães, a MC1 ainda se encontrava com o filho em tratamento, pois, tinha iniciado o tratamento na Cidade da Praia e teve que o interromper por falta de recursos financeiros, para suportar as despesas do tratamento e alojamento, uma vez que ela e o filho residem na ilha do Sal. O filho apresentava o diagnóstico de pé boto bilateral.

A MC2 também ainda se encontrava com o filho em tratamento, sendo que a criança já tinha realizado um primeiro tratamento há alguns anos atrás, com outro médico ortopedista, com relatos de que não houve, por parte da mãe, os devidos cuidados com os pés da criança, tendo os pés dessa criança recidivados e foi necessário iniciar um novo tratamento. O filho também apresentava o diagnóstico de pé boto bilateral.

A MC3 referiu que o seu filho já tinha terminado a primeira fase do tratamento do pé boto e que se encontrava no momento, na fase do uso da órtese. O filho apresentava o diagnóstico de pé boto unilateral.

A MC4 também disse que a filha já tinha concluído a primeira fase do tratamento, encontrando-se de momento a fazer o uso da órtese. A filha apresentava diagnóstico de pé boto unilateral. A semelhança das duas mães anteriores, a MC5 também afirmou que o filho já tinha findo a primeira fase do tratamento e que o filho encontrava-se a fazer o uso da órtese. O filho apresentava o diagnóstico de pé boto unilateral.

A MC6 mencionou que a filha também já tinha concluído o tratamento na totalidade e que realiza consultas de rotinas anuais para observação médica. A filha também apresentava o diagnóstico de pé boto bilateral.

Quadro (5): Caracterização das mães

Participante	Sexo	Idade	Ocupação	Habilitações literárias
MC1	F	23	Doméstica	6º Ano
MC2	F	35	Doméstica	6º Ano
MC3	F	21	Emp. Doméstica	9º Ano
MC4	F	26	Enfermeira	Licenciatura
MC5	F	17	Doméstica	9º Ano
MC6	F	35	Costureira	6º Ano

Fonte: Elaboração própria

Os seis (6) entrevistados, são todas do sexo feminino, com a idade compreendida entre os dezassete anos (17) e os trinta e cinco anos (35) de idade, dos quais três (3) são domésticas, uma (1) trabalha como empregada doméstica, uma (1) é enfermeira e uma (1) é costureira. Dos entrevistados três (3) possuem o 6º ano de escolaridade, duas (2) frequentaram até o 9º ano de escolaridade e uma (1) possui uma licenciatura.

3.1. Análise dos dados das entrevistas as mães das crianças com pé boto.

Esta etapa da investigação consiste em apresentar e analisar os dados colhidos das 6 (seis) entrevistas realizadas as mães de crianças com pé boto, a exposição das categorias será precedida por um pequeno texto descritivo e frações dos relatos cujo objetivo é validar a interpretação dos encontrados.

Entendimento do pé boto

Devido a complexidade do conceito pé boto foi necessário extrair a percepção e entendimento que cada uma das mães possui sobre a patologia, sendo notório com os relatos abaixo, que a maioria das mães das crianças com pé boto entrevistadas, não possuem a melhor percepção do que se trata a doença dos filhos, ou seja, o pé boto.

*“Nenhuma (...); vejo alguns vídeos sobre o tratamento na internet com os gessos e as botas (...)”*MC1.

“ Nenhum, apenas nasceu assim” MC2.

“ Para mim o pé boto é uma deformidade dos membros inferiores, dos pés” MC3.

“ Assim como todos dizem, só sei que o meu filho nasceu com pé torto” MC4.

“ Não sei, só sei que se trata de uma doença” MC5.

“ Não possuo, nem possuía, tal que, quando foi feito o diagnóstico fiquei surpreso por não saber do que se tratava tal doença” MC6.

Nesta categoria foi solicitado aos entrevistados que citassem quais as primeiras informações sobre a patologia que lhes foram atribuídas e portanto obteve-se as seguintes explicações.

A MC1 relata que foi dito, *“ tínhamos de deslocar à cidade da Praia, para iniciar o tratamento o mais rapidamente possível”.*

“ Não deram-me nenhuma informação” MC2.

A MC3 conta que, *“ foram muito superficiais; foram no Serviço da Maternidade. A pediatra simplesmente disse-me que a minha filha tinha nascido com uma pequena anomalia no pé direito, mas entendo que o contexto não favorecia mais informações”.*

“ Disseram-me que o meu filho começaria a utilizar gesso e que depois passaria a calçar as botinhas” MC4.

A MC5 menciona que, *“ disseram-me que quanto mais cedo trata-se do pé do meu filho, melhor seriam os resultados”.*

“ (...) Disseram-me que ela tinha um problema nos pés, e depois o Ortopedista agendou a primeira consulta” MC6.

Relativamente a esta categoria é perceptível que as mães entrevistadas não possuem as melhores informações relativamente a patologia dos filhos, dispondo-se de informações básicas (possibilidade de tratamento e início do tratamento) e que segundo as mesmas não lhes foram disponibilizadas informações aprofundadas sobre a patologia por parte dos profissionais de saúde com quem tiveram contato.

Sendo os enfermeiros, os profissionais de saúde, que mais próximo se encontram dos utentes, seria muito importante para o auxílio e suporte emocional das mães de crianças com pé boto que a enfermagem tivesse um papel mais ativo na abordagem ao fenómeno, e portanto, também seria de extrema relevância que estes profissionais estivessem devidamente preparadas por parte do HBS e do Ministério da saúde para uma melhor abordagem ao fenómeno, contribuindo para o sucesso do tratamento e para a garantia do ótimo bem-estar das crianças e das suas famílias.

Reação e sentimento ao diagnóstico

Elaborou-se esta categoria, com o objetivo de conhecer as reações e os sentimentos das mães face ao diagnóstico de pé boto aos filhos, observando que as manifestações emocionais das entrevistadas foram únicas e bastantes distintas, isto por se tratar de emoções pessoais.

A MC1 conta que, “*no momento que disseram-me que o meu filho tinha nascido com os pezinhos tortos, reagi de maneira normal, sendo que o seu parto tinha sido difícil. O meu filho nasceu prematuro e com os pés primeiro em vez da cabeça (apresentação pélvica), ele tinha conseguido nascer graças a Deus e esses pezinhos eram o que menos importavam no momento*”.

“*Chorei muito ... e ainda choro*” MC2.

A MC3 relata que, “*por incrível que pareça, fiquei normal, tranquila. Sendo que já tinha pesquisado sobre o assunto e também já tinha conversado com o Pediatra. Fiquei tranquila por parecer ser uma situação reversível*”.

“*Eu senti triste, mas ao mesmo tempo fiquei com a esperança de que ele ia melhorar*” MC4.

A MC5 narra que, “*foi um grande choque para mim, fiquei muito triste, porque pensava que não havia um tratamento para isso*”.

“*A princípio fiquei muito triste, porque logo pensei que não teria solução, mas depois com as informações e com os primeiros gessos fui-me animando um pouco*” MC6.

As mães entrevistadas reagiram de forma diferente perante a notícia do diagnóstico do pé boto aos filhos, pois, algumas destas encontravam-se em circunstâncias emocionais sensíveis (partos prematuros e complicações durante o parto) aquando do momento do diagnóstico da patologia.

Causa/etiologia do pé boto

O propósito da elaboração desta categoria foi de conhecer alguns dos fatores determinantes para a causa e a etiologia do pé boto relacionados a situação dos entrevistados. Quatro (4) das mães entrevistadas revelaram que não existem pessoas com antecedentes de pé boto nas suas famílias, nem na família dos seus parceiros e duas (2)

afirmaram que sim, existem. Enfatiza-se os relatos proferidos por duas (2) das entrevistadas que afirmarem,

“ não que eu saiba, mas nem na minha família e nem na família do meu marido existe outra pessoa com pé boto ou outro anomalia” MC3.

“ Sim, há um sobrinho do pai do meu filho, ele também fez o mesmo tratamento” MC4.

Quando questionados sobre o planeamento e o acompanhamento das gestações, somente uma (1) das seis (6) entrevistadas disse ter planeado a sua gravidez e ter feito o respetivo seguimento pré-natal, as restantes mães entrevistadas disseram que iniciaram o acompanhamento pré-natal após terem descoberto a gravidez.

*“ Sim foi planeado, foi feito todo o acompanhamento pré-natal”*MC2.

A MC4 refere que, *“ não! mas fiz o devido acompanhamento pré-natal até aos nove meses”*.

*“ Não, mas claro que fiz o acompanhamento pré-natal”*MC5.

Nesta ordem procurou-se saber junto dos entrevistados se ponderavam que a doença poderia ter sido resultado de algo que fizeram ou que deixaram de fazer durante a gestação e com isto constatou-se que duas (2) das entrevistadas referiram que sim e justificaram a afirmação com a falta de comparência nos centros de saúde para o devido acompanhamento e com a adoção de maus hábitos laborais durante a gestação.

“ Sim talvez, não segui todas as vezes para o centro de saúde. Não fiz o pré-natal como devia”.MC1.

“Talvez sim, porque nessa época trabalhava como empregada doméstica, tinha de abaixar-me muitas vezes para as tarefas, por isso, fiquei com essa dúvida” MC6.

Já as restantes participantes mencionaram que nada fizeram ou deixaram de fazer para que resulta-se na causa da doença dos filhos.

A MC2 diz, *“ nada disso, não fiz nada. Nasceu assim sem eu fazer nada”*.

“ Penso que não, porque tive uma gravidez tranquila e fiz todas consultas pré-natais possíveis” MC3.

A MC4 conta que, *“ penso que não! iniciei o pré-natal desde o 3º mês ”*

“ Não, mas o Médico disse-me que isso poderia ser pelo facto de ter pouco espaço no útero para desenvolver” MC5.

A causa exata do pé boto continua indeterminada, mas pode estar associado a fatores genéticos e ambientais, sendo mais comum em determinadas famílias. Mas, com

esta categoria pode-se constatar que as mães entrevistadas não têm noção de quais as causas que levaram os filhos a nascer com pé boto.

Contributo da Enfermagem

Com esta categoria de análise procurou-se demonstrar o quanto engajados os Enfermeiros encontram-se na abordagem ao fenómeno do pé boto e na prestação dos cuidados de enfermagem adequados as crianças com pé boto e as suas famílias.

Quando questionado sobre qual o primeiro profissional de saúde com quem tiveram contacto aquando da identificação da doença, as mães entrevistadas responderam unanimemente que não foram primeiramente abordados por enfermeiros, mas sim pelos médicos que as acompanhavam.

“ O primeiro profissional de saúde com quem tive contacto, foi a médica pediatra, no serviço da Maternidade” MC3.

A MC4 narra que, *“ foi a pediatra e o médico ortopedista”.*

“ Foi a Dr.ª Y, que acompanhou o meu filho enquanto esteve na incubadora. Vi as alterações no pé e mostrei-as” MC5.

A MC6 refere que, *“ o primeiro foi a pediatra, que disse-me que ela tinha um problema nos pés e depois foi o Ortopedista, que marcou a primeira consulta”.*

As mães entrevistadas ainda referiram, nesta categoria, que de certa forma a equipa de saúde pareceu-lhes trabalhar de forma interrelacionada uns com os outros.

A MC3 menciona que, *“ sim, a minha filha foi acompanhada por vários profissionais desde pediatra, ortopedista e enfermeiros”.*

“ Sim, quando a Pediatra observou o pé do meu filho, perguntou-me se havia alguém com pés iguais na minha família e depois encaminhou-me para o Ortopedista” MC4.

A MC5 diz que, *“ penso que sim”.*

“ Sim por acaso, sempre demonstraram interessados e atenciosos” MC6.

Nesta ordem de análise, quando interrogados sobre quais foram as primeiras condutas realizadas aos filhos por parte dos enfermeiros, a maioria das mães entrevistadas não conseguiram especificar as ações que foram realizadas, apresentando uma certa dificuldade no momento de responder esta questão.

“ Não me lembro de ter recebido muitas ajudas dos Enfermeiros” MC1.

A MC3 refere que, “ *a nível de intervenções específicas de Enfermagem, quase que não foram realizadas nenhuma, tendo sido as intervenções maioritariamente Médicas*”.

“ *Bom, dos Enfermeiros não me lembro muito bem, tive mais contacto com os Médicos*” MC6.

Procurou-se conhecer com esta categoria, caso fossem realizados intervenções específicas da Enfermagem às crianças com pé boto e suas respetivas famílias, se os objetivos e propósitos dessas ações teriam sido bem explicados, tendo essa pergunta ficado sem respostas, devido aos relatos anteriores proferidos pelos entrevistados, de que não foram várias as intervenções realizadas por parte dos enfermeiros.

Cuidados com o gesso

O intuito desta categoria foi de enunciar quais os cuidados que as mães tiveram com os gessos e com os pés das crianças visando o melhor conforto e bem-estar dos filhos.

Portanto, com isso observou-se que todas as entrevistadas intuitivamente procuraram realizar os melhores cuidados com os pés e com os gessos, objetivando o conforto e a comodidade as crianças.

“ *Aqui em casa fazemos com que ele não os suje ou molhe. Na hora do banho, utilizamos um pequeno pano ou colocamos bolsas de plástico nas pernas para que não molham*” MC1.

A MC2 conta que, “ *eu o ponha na cama, para que não sujasse e nem estragasse os gessos, mas não valia a pena porque ele descia, andava e estragava a sola do gesso*”

“ *Basicamente procurava manter o gesso limpo, protegendo-o da humidade*” MC3.

A MC4 refere que, “ *(...) não deixava-o sair na rua nem deixava-o com outras pessoas. Na hora do banho deixava-o com os pés fora da tina, para que o gesso não molhasse*”.

“ *Procurava ter cuidado com as fraldas para que não sujassem o gesso, colocava uma almofada entre as pernas na hora de dormir, tinha muito cuidado na hora de pegar no meu filho*” MC5.

A MC6 relata que, “ *foi muito difícil, ela ficava chorando por causa do gesso. Durante esse tempo quem lha dava banho era a minha mãe, porque eu não tinha jeito, tinha medo de magoa-la*”.

Apesar de ter constatado que as mães entrevistadas procuram garantir a manutenção dos gessos e a integridade dos membros inferiores das crianças, estas, não foram instruídas por parte dos profissionais de saúde, de quais seriam os melhores cuidados a terem tanto com os gessos, como para os membros.

Avaliação do tratamento

Elaborou-se esta categoria de análise visando conhecer alguns aspetos fundamentais relacionados com tratamento das crianças com pé boto, designadamente procurou-se verificar com que idades as crianças iniciaram-se o tratamento e portanto comprovou-se que a maioria das entrevistadas, afirmam que os tratamentos foram iniciados o mais cedo possível.

“ *A minha filha iniciou o tratamento antes do primeiro mês de vida*” MC3.

A MC4 narra que, “ *ele começou o tratamento com menos de um (1) mês de idade*”.

“ *Ele iniciou o tratamento por volta dos dois (2) meses de idade*” MC5.

A MC6 diz que, “ *ela tinha menos de um (1) mês de vida, mais ou menos 15 (quinze) dias nascidos*”.

Em exceção, a MC2 e a MC1 apresentam discursos diferentes em relação as mães anteriores, relativamente ao início dos tratamentos, pois um dos casos tratava-se de pé boto recidivado e outro de abandono do tratamento por motivos financeiros.

A MC1 conta que o filho tinha, “ *mais ou menos sete meses de vida*”, quando iniciou o primeiro tratamento. Já a MC2 refere que o filho tinha, “ *três anos*” quando iniciou o primeiro tratamento. Ainda é de acrescentar que, no momento das entrevistas os filhos das referidas mães, possuíam quatro (4) e onze (11) anos respetivamente.

Quando abordadas sobre qual foi o tipo de tratamento médico utilizado, as entrevistadas proferiram o seguinte, tendo sido apurado que todas as intervenções tiveram um carácter conservador e com mínima intervenção cirúrgica, quando necessário.

“ *O tratamento foi feito com gesso e a cirurgia já no final*” MC1.

A MC2 relata que, “ *ele esteve colocando os gessos durante 3 (três) meses e depois foi operado e colocaram mais 1 (um) gesso*”.

“ *Bem, posso dizer que foram ambas, sendo que a minha filha primeiro utilizou os gessos, mas depois foi feita uma pequena intervenção cirúrgica*” MC3.

A MC4 refere que, “ *tentaram colocar o pé no lugar (manipulações) e depois passaram a colocar os gessos*”.

“ *Penso que ambas, sendo que primeiro foi utilizado os gessos e depois foi feito uma cirurgia*” MC5.

A MC6 revela que, “ *a princípio só foi utilizado os gessos, só na última consulta que disseram-me que seria necessário uma pequena intervenção cirúrgica*”.

Procurou-se ainda, com a análise desta categoria, que as mães fizessem uma pequena avaliação dos resultados obtidos pelo tratamento comparativamente a situação inicial, em que se apresentavam os pés das crianças. Tendo sido observado que a MC3, a MC4, a MC5 e a MC6 ficaram satisfeitas com os resultados obtidos com o tratamento, realçando as seguintes descrições:

A MC3 narra que, “ *os resultados obtidos foram positivos, sendo que ela ficou normal, sem nenhuma sequela, exceto o fato do pé direito ser ligeiramente menor que o esquerdo*”.

“ *Foi bom, ele usou 3 (três) gessos e o pé começou a parecer melhor*” MC4.

A MC5 menciona que, “ *foi bom, disseram-me que ia ficar bem e ficou, agora só tenho de continuar a calçar-lo as botas para que fiquem bem*”.

“ *Os pés ficaram bem, ela anda bem. Por acaso disseram-me que ficaram bem e ficaram*” MC6.

Em relação aos relatos das mães anteriores, a MC1 e a MC2 proferiram relatos diferentes, pois referiram já ter iniciado um primeiro tratamento e no momento das entrevistas, os filhos encontravam-se na fase inicial do segundo tratamento, logo, os resultados ainda não eram visíveis.

A MC1 conta que, “ *ainda não consigo ver as diferenças, mas deve ser pelo facto de estar no início do tratamento*”.

Por sua vez, a MC2 refere que “ *da última vez o médico disse-me que ia ficar melhor, mas não ficou*”.

Quando questionadas sobre como pensam que ficaram a estética e a funcionalidade do (s) membro (s) dos filhos, a MC3, a MC4, e a MC5 mostraram-se bastante satisfeitas e portanto mencionaram o seguinte:

A MC3 conta que, “*para mim ficaram bem, 90% bom*”.

“*Antes do tratamento o pé parecia todo virado, com o tratamento, adquiriu melhor aspeto. Ele anda e corre normalmente*” MC4.

A MC5 narra que, “*penso que ficaram bem, sendo que ele movimenta o pé normalmente e consegue suportar o peso do corpo*”.

Em relação as explicações das mães anteriores e pelo fato dos filhos encontrarem-se na fase inicial do tratamento, a MC1 e a MC2 ainda não podiam avaliar a estética e a funcionalidade dos pés das crianças como resultado do tratamento.

A MC1 refere que, “*está como no início, ainda não se consegue ver nada, por causa do gesso*”.

Já a MC2 conta que “*Depois do primeiro tratamento ele passou a coxear e ter dores*”.

Pode-se verificar com esta categoria, que os relatos das mães vão ao encontro do exposto na fase concetual do trabalho, isto é, o tratamento do pé boto deve ser iniciado logo após o nascimento através de manipulações seriadas e imobilização com gessos, a cada semana, o pé da criança é suavemente manipulado pelo ortopedista e a deformidade é corrigida gradativamente.

Após retirar o último gesso, é recomendado o uso da órtese em tempo integral por três meses e depois apenas à noite pelo período de 2 a 4 anos. A criança pode ficar desconfortável no início, mas logo aprende a movimentar as pernas juntas e se acostuma com a nova condição.

Apoio Socioeconómico

O propósito desta categoria de análise foi de averiguar se as mães e as respetivas crianças receberam apoio social e económico que lhes permitisse realizar todo o tratamento e arcar com as despesas subjacentes, tendo todas as entrevistadas referenciados que receberam ajuda por parte do HBS durante o tratamento dos filhos.

A MC1 conta que, “*(...) a meio da semana tenho um encontro com o Dr. Z e as pessoas da associação que ajudam com o tratamento*”.

“ Fizemos uma primeira consulta particular, daí fomos encaminhados para o Ortopedista do Serviço de Orto-traumatologia do HBS, iniciamos o tratamento, que foi feito gratuitamente sem nenhum despendimento” MC3.

A MC4 menciona que, *“ não sei se era preciso pagar algum dinheiro, mas durante o tratamento, nunca pediram-me para pagar nada”*.

“ Aqui no Hospital fizeram o tratamento de graça, não pediram-me para pagar nada” MC5.

A MC6 diz que, *“ fizeram todas as consultas, trocavam os gessos todas as semanas, no final do tratamento disseram-me que ela passaria a utilizar umas botinhas, pensei que teria de pagar, mas não, disseram-me que era ajuda do hospital ”*.

Pode-se proferir que a questão socioeconómica não constitui um fator que interfere com o tratamento e sua continuidade, já que as mães têm apoio tanto do HBS como de outras associações.

Conclusão da análise dos dados

Com o término da análise dos dados recolhidos e com a finalização da pesquisa, já se é possível responder a pergunta de partida que guiou esta investigação, Qual a satisfação das mães face as intervenções de enfermagem a crianças com pé boto no Serviço de Orto-Traumatologia do Hospital Baptista de Sousa?

Com o apresentado na problemática/justificativa, no enquadramento teórico, sobre a importância da assistência de enfermagem as crianças com pé boto e suas famílias, e em relação com os dados adquiridos durante as entrevistas e com as observações no campo de pesquisa durante o estágio profissional, pode-se responder a pergunta de partida dizendo que, as mães não encontram-se satisfeitas com as intervenções de enfermagem as crianças com pé boto no Serviço de Orto-Traumatologia do Hospital Baptista de Sousa.

Igualmente, na análise de dados e nas observações feitas, constatou-se que os enfermeiros deste serviço apresentam um défice no que diz respeito aos cuidados a serem despendidos as crianças com pé boto e suas mães.

Nessas condições não se pode falar em cuidados com qualidade as crianças com pé boto e seus familiares, quando não estão reunidas condições favoráveis, designadamente formações e consequente experiência profissional, que permitam a realização dos respetivos cuidados, constituindo uma grande limitação para a assistência de enfermagem

as crianças com pé boto, sendo visivelmente constatado pelas mães das crianças com pé boto, reivindicando uma maior aproximação dos enfermeiros aquando da identificação, diagnóstico e tratamento das patologia dos filhos e reclamando a prestação de mais e melhores cuidados por parte da enfermagem, neste contexto específico, o pé boto.

Considerações Finais

O propósito deste trabalho consistiu em demonstrar qual a real situação vivenciada pelas mães, relativamente as intervenções de enfermagem prestadas às crianças com pé boto no Serviço de Orto-Traumatologia do Hospital Baptista de Sousa.

Logo pode-se dizer que, é importante o enfermeiro estar bem capacitado sobre o assunto, ajudando deste modo, os pais a compreenderem os conceitos e o tratamento sobre o pé boto e também ajudá-los a cuidar das crianças e dar resposta as suas necessidades, de modo a providenciar os melhores cuidados a criança e seus familiares para que estes possam avaliar da melhor forma possível os cuidados que eles e os filhos receberam por parte dos enfermeiros.

Ao finalizar o trabalho pode-se aperceber que foi possível dar resposta a pergunta de partida. Pois, é perceptível no desenvolvimento da pesquisa que os enfermeiros apesar de possuírem grande importância na abordagem ao fenómeno do pé boto, em Cabo Verde, os enfermeiros ainda não se encontram devidamente capacitados para realizarem os melhores cuidados as crianças com pé boto e suas famílias.

Isto comprova-se com os relatos das entrevista feitas as mães das crianças com pé boto e pelas observações no campo empírico, expondo-se de que há falta de maior engajamento e formações por parte dos enfermeiros para que estes possam estar mais empenhados e capacitados a cuidar de crianças com pé boto e também em prestar maior apoio e auxílio as mães dessas crianças para melhor poderem entender e compreender a patologia e ajudarem na garantia de melhor conforto e bem-estar aos filhos.

Relativamente ao objetivo geral que objetivava conhecer a percepção das mães sobre os cuidados de enfermagem prestados às crianças com pé boto no serviço de Orto-Traumatologia do Hospital Batista de Sousa, foi alcançado, na medida em que foi possível concluir que as mães das crianças com pé boto possuem a noção plena dos cuidados de enfermagem prestados aos filhos, salientando que tais cuidados deveriam ser variados e diferenciados por parte dos enfermeiros.

Também os objetivos específicos propostos para esta investigação, foram alcançados, sendo que com a realização das entrevistas conseguiu-se demonstrar o nível de conhecimento das mães de crianças com pé boto sobre a patologia, conseguimos revelar os sentimentos das mães decorrentes do diagnóstico de pé boto aos filhos, no decurso do trabalho também demonstrou-se qual a satisfação das mães e familiares perante os cuidados

de enfermagem prestados à criança com pé boto. Ainda no trabalho, procurou-se identificar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem à criança com pé boto.

Através dos dados recolhidos e das observações feitas confirma-se que os enfermeiros não encontram-se devidamente preparados para prestar os melhores cuidados as crianças com pé boto e portanto satisfazer as mães e os familiares.

Foi bastante gratificante trabalhar este tema, uma vez que, forneceu novos conteúdos para a bagagem académica enriquecendo-o ainda mais, na medida em que proporcionou ótimas experiências práticas, vividas no campo de pesquisa e também porque fornecerá um elemento de pesquisa aos estudantes e profissionais de saúde, sendo esta uma temática ainda pouco explorado.

Um dos obstáculos encontrados, foi o fato de ter tido a necessidade de reformular os objetivos de modo a torna-los pertinentes para este trabalho, também, tive dificuldade em contactar os entrevistados, não obstante, estes foram ultrapassados, tornando uma mais-valia para a investigação, contribuindo para a aprendizagem e o aumento das aptidões académicas e profissionais.

A dificuldade em encontrar fontes bibliográficas relativamente ao tema, foi um obstáculo que sempre permaneceu durante a realização deste trabalho e portanto não foi sempre possível fazer o uso de citações diretas das fontes originais. Com a superação de vários obstáculos e o alcance dos objetivos a pesquisa fica então concluída.

Com base na experiência adquirida durante a realização deste trabalho pode-se realçar a grande pertinência do tema, reforçando que esta deve ser mais explorada em Cabo Verde, na medida em que é muito importante a identificação, o diagnóstico precoce e a assistência de enfermagem perante os casos de crianças com pé boto.

Recomendações/Sugestões

Após a realização deste estudo, tendo em conta as lacunas encontradas e a importância da assistência de enfermagem as crianças com pé boto e os seus familiares serão apontadas algumas sugestões, objetivando a prestação de mais e melhores cuidados e a garantia do melhor conforto e bem-estar a criança e sua família.

Sugere-se que o Hospital Batista de Sousa e o Ministério da saúde mostrem-se apreensivos com a problemática do pé boto em Cabo Verde e que estejam comprometidos com a capacitação dos profissionais da saúde que laboram diretamente com este fenómeno.

Na medida que, atualmente a maioria dos enfermeiros do HBS já completou o curso de complemento da licenciatura em enfermagem, isto capacita-lhes a estarem mais empenhados, dedicados e a serem mais autónomos na prestação dos melhores cuidados de saúde. Portanto propõe-se aos enfermeiros que lidam diretamente com o fenómeno do pé boto, que também sejam capazes de promoverem a sua auto capacitação, através de pesquisas e investigações sobre esta temática.

Também acredita-se que seja necessário facilitar e promover a formação de pais de crianças com pé boto, permitindo que os familiares se apoiem mutuamente, trocando experiências, demonstrando os anseios e preocupações com o tratamento e para que fossem capazes de promover o ótimo bem-estar aos filhos.

É importante sugerir que nos próximos trabalhos académicos a serem realizados, também fosse trabalhado o referido tema, mas abordando a importância da capacitação formativa dos enfermeiros na assistência de enfermagem aos pais e familiares de crianças nascidas com pé boto.

Referencias Bibliográficas

ASSEMBLEIA Geral das Nações Unidas (2004). *A convenção sobre os Direitos da Criança*.

BOWDEN, Vicky R. (2005). *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. 1ª edição. Guanabara Koogan.

FERNANDES, F.A.L. (2010). *Tratamentos Conservadores no Pé Boto*, Monografia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

FLORES, Andreia Manuela C. (2014). *Análise da marcha em crianças com tratamento cirúrgico do pé boto*, Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança; Escola Superior de Tecnologia e Gestão.

FORTIN, Marie F. (1999). *O processo de investigação: da concepção a realização*. Loures, Lusociencia.

FORTIN, Marie F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.

GEORGE, J.B. (1993). *Betty Neuman : Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes

GONÇALVES, Cheila S.; LORENA, Eduina M. & GOMÊS, Zenaida M. (2013). *Integração da família nos cuidados à criança hospitalizada: O Enfermeiro e a Comunicação Terapêutica*, Monografia, Universidade Do Mindelo, Escola Superior de Saúde.

LEVY, M. (1996). *Os Direitos da Criança Hospitalizada*. Universidade de Lisboa.

MARANHO, Carvalho; AUGUSTO, Daniel & VOLPON, José B. (2011). *Pé torto congénito*. Acta Ortopédica Brasileira, 19, 163-169.

MCCLOSKEY, Joanne C. & BULECHEK, Gloria M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ª Edição. Artmed.

MINISTÉRIO da Saúde (2012). *Relatório Estatístico 2011*. Praia.

NANDA, International, (2007 - 2008). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – Definições e Classificação*. Artmed.

NEUMAN, B & FAWCETT, J. (2010). *The Neuman Systems Model*. Inglaterra: Pearson Education. 5ª edição.

NOBREGA, Maria M. & GARCIA, Telma R. (1992). *Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA - Sistematização das propostas do II SNDE*.

NOGUEIRA, Mónica P. (2011). *Difusão do Método Ponseti para tratamento do pé torto no Brasil – o caminho para a adoção de uma tecnologia*, Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.

PONSETI, Ignacio. (2005). *Pé Torto: Tratamento pelo Método de Ponseti*. Lynn Staheli

QUIVY. R & CAMPENHOUDT. Luc V. (2005). *Manual De Investigação Em Ciências Sociais*. 4ª Edição. Gradiva.

RODRIGUES, Tito L. (2015). *Relatório trianual (2012-2014) do projeto de despiste e tratamento do pé boto - uma parceria Hospital Dr. Baptista de Sousa, Rotary Clube do Mindelo e Rotary Clube de tournai-trois lys*.

SANT'ANNA, F. & NEVES, Manuel C. (2009), *Deformidades do pé – Conceitos básicos e orientações para Médicos de Família*, Dossier: Ortopedia infantil.

SANTOS, Gilda P. D. ; DUARTE, Jerícia C. L. & REIS, Sueli H. L. (2013). *Importância/Função do Enfermeiro na Prestação de Cuidados Paliativos ao Doente Oncológico Terminal*, Monografia, Universidade Do Mindelo, Escola Superior de Saúde.

SILVEIRA, Sérgio J. (2005). *Fundamentos de Orto-Traumatologia: Para Técnicos de Saúde*. 1ª Edição. Lusociência.

TACHDJIAN, M. O. (1972). *Pediatric orthopedics*. Volume 2. Saunders Company.

Apêndice I – Cronograma do Trabalho

Tarefas	Meses									
	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.
Entrega e apresentação do projeto do TCC	31									
Análise de textos de referências		02 Março a 31 Julho								
Elaboração dos guíões de entrevistas		8								
Elaboração de consentimentos para as Mães			15							
Declaração do Hospital	19									
Realização das entrevistas				5		1				
Tratamento dos dados da entrevista								20		
Introdução da monografia									5	
Considerações Finais									15	
Orientações do TCC		Março a Outubro								
Envio da Monografia a Orientadora									22	
Revisão e correção do trabalho										5
Entrega do trabalho final nos SAA										20

Apêndice II - Guião de entrevista

Caracterização Geral/Perfil

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Idade:

Estado Civil:

Habilitações Académicas:

Categoria Profissional:

- 1 – Para si qual é o entendimento que possui sobre o pé boto?
- 2 – Qual foi o primeiro profissional de saúde com quem teve contacto aquando da descoberta da doença do seu filho?
- 3 – Quais as primeiras informações sobre a doença que lhe foram dadas?
- 4 – Com que idade o seu filho iniciou o tratamento?
- 5 – Que tipo de ajuda recebeu por parte das instituições de saúde?
- 6 – Existe alguma pessoa com antecedentes de pé boto na sua família ou do seu parceiro?
- 7 - Planeou a gravidez do seu filho, e foi feito acompanhamento pré natal?
- 8 – Qual foi o seu sentimento quando foi diagnosticada a doença do seu filho?
- 9 – Durante o tratamento do seu filho, a equipa de saúde mostrou-se interrelacionada?
- 10 – Quais foram as primeiras condutas que os Enfermeiros realizaram com o seu filho?
- 11 – Esclareceram-na sobre os objetivos (propósitos) dessas ações?
- 12 – Qual foi o tipo de tratamento médico utilizado? (conservador/cirúrgico).
- 13 – Em casa, depois da aplicação dos gessos quais foram os cuidados que teve com os mesmos, para garantir o conforto e o bem-estar do seu filho?

14 – Pensa que a causa da doença pode ser o resultado de algo que fez ou deixou de fazer durante a gestação?

15 – Tem alguma noção de qual a causa/etiologia da doença do seu filho?

16 – Qual a sua opinião pessoal relativamente aos resultados esperados e os obtidos pelo tratamento?

17 – Depois do tratamento como pensa que ficou a estética e a funcionalidade do membro do seu filho?

Apêndice III – Consentimento informado

Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado(a) senhor(a).

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar na seguinte pesquisa, no âmbito do trabalho de conclusão de curso a ser apresentado à Universidade do Mindelo, para obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem.

O tema é: “ A Enfermagem Orto-pediátrica e o pé boto ”, e tem como objetivo: Realçar a importância dos contributos da Enfermagem na identificação e no tratamento do pé boto.

A sua participação é de extrema importância, e se daria da seguinte forma, uma entrevista individual sobre o referido tema em estudo, sendo que serão colocadas perguntas abertas, a coleta de material será feita através de um gravador, no momento exato da entrevista. Gostaríamos de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, anónima e confidencial, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os registos gravados serão guardados por mim, por um tempo determinado e necessário e por último quando não forem necessários serão eliminados.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação.


Caso tenha dúvida ou necessite de maiores esclarecimentos, pode contactar-nos pelo telemóvel 9961686 ou pelo correio eletrónico: daluzlividson@hotmail.com.

Pesquisador responsável:_____

O entrevistado:_____


Mindelo,_____de_____de 2015

Apêndice IV – Requerimento



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sapientia Ars Vivendi



12 ANOS
UNIVERSIDADE DO MINDELO

12 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

**Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista De Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos**

Mindelo, 04 de Novembro de 2014

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

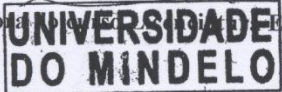
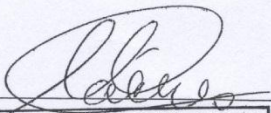
Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.

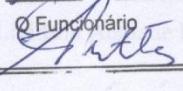
A Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem



HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA

ENTRADA Nº 164 - 19/02/15

Funcionário



Enf.ª Acelia Mireya Caceres
Universidade do Mindelo
Departamento Escola de Saúde
Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv

Rua Patrice Lumumba, CP 648 – Mindelo – São Vicente – CABO VERDE
<http://www.uni-mindelo.edu.cv> – e-mail geral@uni-mindelo.edu.cv – Telefone: +238.2326810 – Fax: +238.2325132
NIF: 562770755

mod 00X.14

Exma. Sr.^a Dr.^a Sandra Vasconcelos

Directora do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

A Comissão de Ética p/ Parecer
Superintendência de Enf. pare
parecer e de Coordena-
o/a as chefes relacionadas
20/02/15

Eu, Lividson Andrade Da Luz, discente do 4º (quarto) ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, nº2602, venho por esta via e no âmbito da elaboração do trabalho de conclusão do curso, para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, cujo tema é "A Enfermagem em Ortopedia pediátrica".

Venho muito respeitosamente requerer a vossa excelência que se digne autorizar-me o acesso ao serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Dr. Baptista de Sousa, no período compreendido entre o mês de Fevereiro até os meados do mês do Junho, para a recolha de dados, consulta de arquivos, documentos relacionados com o referido tema.

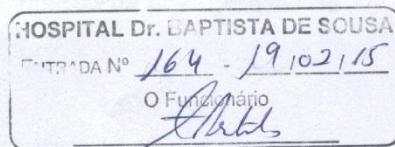
A Comissão de
Ética.
24/02/2015

Pede deferimento

Mindelo, 16 de Fevereiro de 2015

Lividson Andrade da Luz

/Lividson Andrade Da Luz/



Autorizado pelo
Comissão de Ética.
23/02/15